



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGIA**



**OBESIDAD Y AUTOESTIMA EN LA POBLACION FEMENINA Y MASCULINA
DE LA U.M.F. No. 37**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

PRESENTAN:

**GALINDO BAUTISTA MARÍA DE LOS ANGELES
JIMÉNEZ RAMÍREZ MAYRA NORMA**

JURADO DEL EXÁMEN:

**TUTOR: DR. JOSÉ DE JESÚS SILVA BAUTISTA
COMITÉ: DR. RODOLFO H. CORONA MIRANDA
MTRO. JUAN C. MARTÍNEZ BERRIOZABAL
DR. RUBEN LARA PIÑA
LIC. LEONEL ROMERO URIBE**



MEXICO D.F

NOVIEMBRE 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios por el don de la vida que me da, por todas las maravillas que ha hecho en mí, por los logros que me ha permitido realizar. Te agradezco Dios mío.

Agradecerle a Jorge mi esposo, mi gran amor, mi compañero, mi amigo, por todo su apoyo, comprensión, paciencia, su amor y por compartir su vida con migo. Te amo.

A mis padres Sergio y Concepción, porque siempre me han apoyado y acompañado en mi caminar y sobre todo me han amado. A mis hermanos, porque sé que este gran paso, es para ellos una gran felicidad, a mi hermano Pedro por todo su apoyo y acompañamiento en mi formación, a mis sobrinos porque me inspiran para hacer. Los amo

A mis amigas por su gran apoyo, por preocuparse por mi formación, porque son parte de mi vida y porque su amistad es una bendición para mí. Las quiero.

Y a mi compañera de tesis, Mayra, por todo su trabajo y dedicación y por empujarme a concluir este ciclo. Mil gracias

Y por supuesto a mi asesor el prof. Jesús Silva, por su gran paciencia e interés por este trabajo, por su tiempo y sus grandes enseñanzas. A mí jurado por su tiempo y sus enseñanzas. Gracias por todo.

A esta gran institución que es la UNAM por toda su enseñanza y a todos los profesores que han interferido en mi formación académica.

Y a todas aquellas personas que han influido directa e indirectamente en mi vida.

¡MUCHAS GRACIAS!

Ángeles Galindo

DEDICATORIAS:

A mi papá Manuel

Hace 19 años viajó al cielo... pero sigue viviendo en mi corazón y en mi pensamiento.

A mi mamá y mi tía Chelo:

Por su apoyo incondicional y por estar siempre conmigo

A mis sobrinos:

Manuel, Luis Fernando, Ximena, Andrew y Aydan, ustedes son el motor que me impulsa a seguir adelante.

A mis hermanas porque después de mi madre son mi principal apoyo.

Mayra

AGRADECIMIENTOS:

A Dios

Por darme la vida, a mi familia y por todas las bendiciones que día a día me da.

A mi querido IMSS

Por todas las oportunidades que me ha dado y por permitirme crecer profesionalmente a lo largo de 20 años

A mis amigos y amigas

Chelo, Alan, Adrianita, Marisol, Irma, Memo, Gustavo, Esther, Miriam, Vicky, Lulú, Lucha, Ivonne, Yesenia, por su ayuda, palabras de aliento y por estar conmigo aun en la distancia.

A mi tutor de tesis por su tiempo e interés en este proyecto.

Mayra

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÒN.....	2
CAPITULO 1. OBESIDAD.....	5
1.1 Prevalencia la obesidad.....	6
1.2 Concepto de obesidad.....	7
1.3 I.M.C., peso ideal.....	10
1.4 Sedentarismo.....	11
1.5 Stress.....	12
1.6 Depresi3n.....	14
1.7 Influencia de los medios de comunicaci3n.....	17
CAPITULO 2. AUTOESTIMA.....	20
2.1 Antecedentes.....	20
2.2 Conceptos.....	24
2.3 Autoestima negativa y positiva.....	26
2.4 Formaci3n de la autoestima.....	30
2.5 Autoconcepto.....	33
2.6 Autoimagen.....	35
2.7 Imagen corporal.....	35
CAPITULO 3. ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS RELACIONADAS CON LA OBESIDAD	40
3.1 Diabetes.....	40
3.2 Hipertensi3n arterial.....	42
3.3 C3ncer de mama.....	43
3.4 Insuficiencia venosa (varices).....	44
3.5 Dislipidemias.....	44
3.5.1 Elevaci3n de colesterol.....	45
3.5.2 Elevaci3n de triglic3ridos.....	46

CAPITULO 4. TRANSTORNOS DE LA ALIMENTACION.....48

4.1 Anorexia nerviosa.....53
4.1.1 Conceptos de anorexia.....53
4.1.2 Síntomas conductuales de la anorexia.....55
4.1.3 Consecuencias físicas de la anorexia.....56
4.1.4 Trastornos psicológicos de la anorexia.....57
4.1.5 Factores familiares.....58
4.2 Bulimia nerviosa.....59
4.2.1 Conceptos de bulimia nerviosa.....61
4.2.2 Síntomas conductuales de la bulimia nerviosa.....64
4.2.3 Consecuencias físicas de la bulimia nerviosa.....65
4.3 Trastornos del comportamiento alimenticio no especificado.....67

CAPITULO 5. ACTIVIDAD FÍSICA.....69

5.1 Actividad física.....69
5.2 Ejercicio físico.....69
5.3 Deporte.....71
5.4 Diferentes ejercicios.....73
5.4.1 Aerobics.....73
5.4.2 Spinning.....74
5.4.3 Natación.....75
5.4.4 Aquaerobics.....75
5.4.5 Caminata.....76
5.4.6 Correr.....76
5.4.7 Pilates.....77
5.6 Vigorexia.....78
5.7 Psicología del deporte.....79

CAPITULO 6. METODOLOGÍA.....81

CAPITULO 7. DESCRIPCIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS.....84

7.1 Descripción factorial.....90
7.2 Análisis factorial.....91
7.3 Análisis de varianza.....93

CAPITULO 7. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN.....	99
BOBLIOGRAFÍA.....	101
ANEXO.....	108

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivos determinar si existe relación en la población derechohabiente femenina y masculina con obesidad de la U.M.F. 37 con su autoestima y variables sociodemográficas y analizar las diferencias estadísticamente significativas, conceptualizando a la obesidad como *“Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25”* (NOM-174-SSA1-1998). y autoestima como que *“es la confianza en nuestra capacidad de pensar, de afrontarnos en los desafíos de la vida, la confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos”*. Branden (2003) Se tomo como variable dependiente la autoestima y como variable independiente los variables sociodemograficas (edad, escolaridad, ocupación y estado civil), teniendo como variable control la obesidad, para lo cual se realizo una investigación de campo, de tipo descriptivo transversal con una muestra de 200 sujetos (100 hombres y 100 mujeres) de la Unidad Medica Familiar (UMF) No. 37 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los cuales debían tener un IMC mayor de 27. Se aplico el cuestionario con respuesta tipo escala likert por medio de un muestreo no probabilístico intencional por cuotas y con los datos obtenidos se realizo un análisis factorial que arrojó cuatro componentes con cargas factoriales estadísticamente significativas (mayores de .35) y denominados dependencia, seguridad, sentimientos y opiniones, así como un análisis de varianza. Se concluyo que la edad, escolaridad, estado civil, ocupación y género se relacionan de manera significativa entre la autoestima de hombres y mujeres con obesidad, por lo cual los postulados planteados en las hipótesis se aceptan, al existir diferencias estadísticamente significativas.

INTRODUCCION

En la actualidad la obesidad en México ocupa el 2do. Lugar a nivel mundial con mayor número de personas obesas, después de Estados Unidos, de tal manera que ya se considera como un problema de salud pública dadas las complicaciones que trae consigo como son las enfermedades crónico degenerativas y no sólo en salud, sino a nivel económico y social generando de esta forma la inversión de grandes cantidades de dinero por parte de las Instituciones del sector salud para la atención de los padecimientos ya mencionados, además de la discriminación a la que están expuestos los sujetos con obesidad en el ámbito escolar, laboral y social.

Por otro lado, hombres y mujeres dedican poco tiempo a ejercitarse debido a las largas jornadas laborales, que generalmente son sedentarias. El transporte motorizado coadyuva al sedentarismo, ya que propicia que los individuos no se ejerciten al menos caminando y creando así una dependencia hacia éste.

El poco tiempo libre con el que se cuenta, la mayoría de la gente lo invierte en ver televisión, entretenimiento que no requiere de actividad física. Y es a través de este medio de comunicación se transmiten los cánones de belleza que en la actualidad exigen una silueta esbelta. Dentro de su programación, transmiten ideas en las que incitan al telespectador al consumo inmediato de productos y servicios para conseguir las figuras o siluetas físicas deseables o estandarizadas que imperan en la moda, lo que genera dos actitudes contrarias, pero al mismo tiempo encaminadas en el mismo fin: por un lado incitan al consumo como medio para llegar al objetivo planteado por la moda: lograr la figura deseada y perfecta para ser aceptados e incluso admirados por la misma sociedad, lo que de lograrlo se traduciría en alcanzar la felicidad total del individuo.

Por otro lado, el no llegar o no seguir esas metas planteadas en el medio de comunicación, provoca la frustración del individuo y, por lo tanto, la baja autoestima al no poder ingresar a ese selecto grupo de gente perfecta que promueve cualquier medio de comunicación. El bombardeo de estos mensajes es intenso y constante, a pesar de estar restringidos en la Norma Oficial Mexicana para el control de la obesidad que refiere que los medios de comunicación no están autorizados para transmitir mensajes sobre ideas o productos que conlleven al espectador a conseguir una pérdida de peso y de existir, incluso, procuradurías sociales de servicio al consumidor que también vigilan que no sea violentada la reglamentación de protección al consumidor. Coperias (2002). Coperias (2004). NOM 174-SSA-1998

La sociedad actual le ha dado diferentes valores al acto de comer. El primero, de supervivencia personal; al segundo le otorga la posibilidad de interactuar con familiares, amigos, degustar ciertos alimentos, oportunidad de compartir momentos agradables; y tercero le ha otorgado valores curativos, desde

orgánicos, hasta anímicos, al considerarlo como un medio para canalizar las emociones, afectos, deseos e incluso frustraciones.

De tal manera que el acto de comer no solo es para sobrevivir, sino que el hombre lo ha transformado y socializado a su conveniencia por lo que el desconocimiento y falta de control de este acto lo ha llevado al consumo exagerado de carbohidratos, azúcares y grasas generando de esta forma la obesidad.

Como se ha mencionado la obesidad es multifactorial, ya que en ella intervienen factores biológicos, sociales y psicológicos, los dos primeros han sido considerados ya por las instituciones del sector salud, sin embargo aun el aspecto psicológico no ha sido contemplado en su totalidad en los programas destinados a disminuir este problema.

El IMSS por medio de los grupos de ayuda, estrategia de sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes (Sohdi) y programas integrados de salud, ha implementado a través del modelo educativo basado en el aprendizaje significativo la modificación de hábitos, en donde la participación del equipo multidisciplinario es importante y en el cual el psicólogo no está contemplado, dadas las condiciones de plantilla de personal en las UMF.

Por lo anterior el objetivo de la investigación es conocer si existe relación entre la población femenina y masculina derechohabiente con obesidad, la autoestima y variables sociodemográficas, saber si existen diferencias estadísticas significativas, así como conocer si las variables sociodemográficas ejercen alguna influencia en la autoestima. Para lo cual se aplico un cuestionario a 200 derechohabientes de la UMF 37 del IMSS (100 hombres y 100 mujeres), los cuales deberían reunir la condición de tener un IMC mayor de 27. El tratamiento estadístico incluye análisis factorial y de varianza el cual se realizó a través del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS).

El primer capítulo se titula obesidad, en el cual se ofrece una amplia visión sobre la prevalencia la obesidad, concepto, IMC para determinar el grado de obesidad, así como los factores biológicos, sociales y psicológicos que predisponen a la obesidad: depresión, sedentarismo, estrés y la Influencia de los medios de comunicación, se mencionan algunas investigaciones que ha realizado el IMSS, así como la situación actual a la que se está enfrentando México.

El segundo capítulo es autoestima donde se mencionan los diferentes conceptos de ésta, así como la autoestima positiva y negativa que pueden beneficiar o perjudicar al individuo, su formación a lo largo del desarrollo humano así como el proceso del autoconcepto, la autoimagen e imagen corporal, los cuales son de suma importancia ya que personas con baja autoestima, tienen una imagen corporal deficiente, poca valoración de si mismo lo cual puede desencadenar la obesidad o bien la falta de cuidado en cuanto su imagen.

En el tercer capítulo se habla de enfermedades crónicas degenerativas relacionadas con la obesidad, se muestra como ésta es la antesala para el desarrollo de diabetes, hipertensión arterial, cáncer de mama, insuficiencia venosa y dislipidemias (elevación de colesterol y triglicéridos) las cuales perjudican en gran medida al individuo al punto de tener una calidad de vida deficiente si no se tiene el debido cuidado o bien en muchos de los casos la muerte y también deja ver la relación que existe entre estos padecimientos y la forma en que se merma su autoestima.

El cuarto capítulo es de trastornos de la alimentación, se observa como la obesidad, autoestima y los medios masivos de comunicación ejercen influencia para “controlar el problema de obesidad” lo que desencadena una imagen negativa de sí mismo y una baja autoestima. Se hablará de la anorexia y bulimia nerviosa, sus antecedentes, conceptos, síntomas, aspectos físicos y psicológicos así como consecuencias, además se tomarán en cuenta los trastornos del comportamiento alimenticio no especificados.

En el quinto capítulo, actividad física, se hablan sobre la diferencia que existe entre actividad física, ejercicio y deporte los cuales son utilizados como sinónimos, sin embargo se relacionan entre sí, también se mostraran los beneficios de los diferentes ejercicios, entre los que se encuentra el incremento de autoestima, el aporte que hacen en la prevención y control de la obesidad, así como las desventajas de practicarlos sin la indicación previa del médico, ya que existen algunos ejercicios de moda. Cabe destacar la psicología del deporte y la participación de este personaje para evitar la deserción del ejercicio y que los esfuerzos que están realizando las instituciones del sector salud no resulten inútiles y no se cumplan los objetivos, lo cual es una área de oportunidad para la psicología ya que puede hacer del ejercicio y la actividad física instrumentos para buscar la integración social y medios para la salud física y psíquica de los sujetos a través de estrategias psicológicas que mejoren la adherencia al ejercicio.

En el sexto capítulo se encuentra la metodología de la investigación. El séptimo capítulo está integrado por la descripción y el análisis de los resultados. Finalmente las conclusiones y discusión se encuentran en el octavo capítulo en donde se da respuesta a la hipótesis planteada con base a los resultados estadísticos desde la perspectiva psicológica y la importancia que tiene la participación de este personaje en los programas destinados para el combate a la obesidad.

CAPITULO 1

OBESIDAD

La creciente urbanización y el desarrollo económico de los países, producen cambios en los estilos de vida de la población. Las sociedades están influenciadas por programas comercializados. Estos cambios modifican la composición de la dieta, reducen la actividad física y favorecen el sobrepeso u obesidad, que aumenta el riesgo de desarrollar padecimientos crónico degenerativos como la hipertensión arterial y la diabetes, entre otras, lo que finalmente se convierte en un problema de salud pública en la actualidad.

México no es la excepción y se puede observar entre sus integrantes algunos cambios como son: Los mexicanos trabajan más horas que en otros países (dada la estructura económica) ya que tienen dos empleos lo que conlleva a una sociedad más cansada, cuya única distracción es ver televisión mientras realiza otra actividad como comer o cenar. La incorporación de la mujer a la vida laboral y siendo esta responsable de la alimentación familiar ha recurrido a comida rápida y fácil de preparar, es decir, comida rica en grasa, carbohidratos, azúcares refinados, refrescos y frituras envasadas. Silva (2008)

Kaiser (citado en Villegas 2003) realizó un estudio con madres mexicanas-americanas de bajo y alto nivel cultural, encontrando que las madres de bajo nivel cultural se inclinaban a ofrecer alternativas de alimentación a sus hijos cuando estos no querían comer, en tanto las madres con mayor nivel cultural no aplicaba sobornos, amenazas o castigos para lograr que sus hijos comieran sino que optaban por proporcionar vitaminas como complemento. De lo que se desprende que tanto el estatus económico como las ocupaciones laborales han perfilados a las madres a no preocuparse tanto por la alimentación de sus hijos y proporcionarles alimentos o suplementos rápidos que no les distraigan de sus ocupaciones; contrario a lo que las madres de bajos recursos económicos aún tienden a ocuparse, insistir y procurar proporcionarles alimentos no industrializados o procesados, lo que conlleva a que los hijos de estas no tiendan a la obesidad, sobre peso por mala alimentación.

Dávalos (2008) Critica a los padres que proporcionan a sus hijos cierta cantidad de dinero para que compren su desayuno o comida, cuando un niño de 6 a 12 años no es consciente sobre alimentos nutritivos.

La obesidad no se genera porque un día alguien comió un pastel en el postre, sino que es un proceso que se inicio años atrás con la práctica de hábitos alimenticios inadecuados, por lo que la ganancia de peso lleva tiempo y la pérdida de peso requiere de mayor tiempo.

Molinar Horcasitas (2008), exdirector general del IMSS considera que la obesidad es una amenaza para esta Institución y para el país ya que se está perdiendo la

competitividad, además de que genera costos en materia de salud para el IMSS, debido a los problemas cardiovasculares y enfermedades crónico degenerativas en donde la obesidad está presente, afirma que si se logra disminuir y controlar la obesidad, así como las enfermedades relacionadas con ésta, a mediano plazo el IMSS tendría un ahorro de 500 mil millones de pesos.

1.1. Prevalencia de la obesidad en México

A lo largo de la historia de México Instituciones del Sector Salud han hecho diversos estudios y encuestas en las que se muestra el aumento progresivo de este padecimiento en la población mexicana. Lo que ha permitido a los estudiosos de este fenómeno el poder realizar hoy en día proyecciones y, en consecuencia, elabora programas encaminados a la prevención y control del padecimiento.

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1989 mostró que el 59.9% de los mexicanos presentaban cifras de IMC de 25 (siendo éste el ideal) o mayores; incluso en el 21.5% del total el IMC es de 30 o más. Por otro lado, la Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, en 1995, arrojó que el 48% de los hombres y el 57% de las mujeres presentaban un IMC de 25 o mayor, considerando el problema grave entre los estratos de menores recursos, donde los porcentajes fueron de 24% y 56% respectivamente.

Una evaluación nutricional realizada en 1997 con pacientes con padecimientos del corazón bajo tratamiento encontró que el 100% de los casos eran individuos con un porcentaje de grasa corporal superior al saludable.

En México la Encuesta Nacional de Salud 2000, reportó que de cada diez mexicanos, cuatro tienen sobrepeso, dos obesidad y sólo cuatro tienen el peso adecuado a su estatura, teniendo mayor incidencia en las mujeres.

Esta misma encuesta dio como resultado que casi dos terceras partes de la población inquirida presentaba problemas de sobrepeso u obesidad: el 36.2% tenía problemas de sobrepeso (IMC entre 25.1 – 30 Kg. /m²), el 23.7% presentaba obesidad (IMC mayor de 30 Kg. /m²) y sólo el 38.4% de la población encuestada mantenía un peso normal (IMC entre 18.5-25 Kg. /m²).

Los mismos datos por género, mostraban que el 40.9% de los hombres y el 36.1% de mujeres tenían problemas de sobrepeso, mientras que la obesidad afectaba al 18.6% de los hombres y al 28.1% de las mujeres. Las mayores prevalencias se producían en el grupo de edad entre 40 y 59 años. En las mujeres, la obesidad abdominal (cintura abdominal > de 88 cm.) era de 58.8% y en los hombres (cintura abdominal > de 102 cm.) de 21%, aumentando proporcionalmente con la edad tanto en hombres como en mujeres.

La proporción de obesidad en los adultos mexicanos creció de 21.5% en 1993 a 23.7% en el año 2000 y la de sobrepeso en este período, casi se duplicó.

La prevalencia de la obesidad en cuanto a la edad, en los/as adolescentes, uno de cada tres tiene sobrepeso u obesidad y una de cada dos mujeres adultas tiene este problema (Encuesta Nacional de Salud, 2002). En el caso de los/as niños/as, el riesgo de que un niño o una niña obeso/a mantengan este padecimiento en la edad adulta es muy alto. Así, se ha podido apreciar que un porcentaje elevado de las personas adultas con problemas de obesidad fueron obesos/as en su niñez.

En la población usuaria del IMSS también predomina entre la población femenina este tipo de padecimiento. Así, la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 y la Encuesta Nacional de Salud 2000, concluyeron que el sobrepeso y la obesidad habían aumentado en las mujeres del 31% al 36% y del 23% al 31%, respectivamente.

Más recientemente, la Encuesta Nacional de Cobertura PREVENIMISS (ENCOPREVENIMISS 2003), reveló las siguientes prevalencias de sobrepeso y obesidad:

Prevalencia de sobrepeso y obesidad por grupo de edad

	Sobrepeso (%)	Obesidad (%)
Niños/as	10.2	
Adolescentes	9.2	4.7
Mujeres	32.8	38.6
Hombres	43.1	29.1
Adultos Mayores	21.9	44.3

IMSS Proyecto de servicios de enlace (2002).

1.2. Concepto de obesidad

La sociedad ha olvidado que comer es un acto polifacético. El primero, de supervivencia personal; el segundo le otorga la posibilidad de interactuar con familiares, amigos e incluso para allegar personas a su medio ambiente; un tercero podría ser el degustar ciertos alimentos, oportunidad de compartir momentos agradables; también se le han otorgado valores curativos, desde orgánicos, hasta anímicos, porque un medio para canalizar las emociones, afectos, deseos e incluso frustraciones.

Así las cosas, el acto de comer no es un mero acto de sobrevivencia. El hombre lo ha transformado y socializado a su entera y personal conveniencia. No obstante, el desconocimiento y control de este mismo acto lo ha llevado a un consumo descontrolado y desinformado que lo ha conllevado a la obesidad.

México actualmente se encuentra en la segunda posición a nivel mundial con mayor número de personas obesas, después de Estados Unidos. Coperias (1995), NOM (1998), Gafaro (2001).Coperias (2002).

La obesidad ha sido estudiada y tratada por diferentes áreas como es la medicina, nutrición y psicología, las cuales proporcionan las siguientes definiciones desde su perspectiva:

Para el Dr. Alemany citado en Coperias (op.cit.) el hipotálamo se encarga del control de peso corporal disponiendo de 3 herramientas que son:

a) El apetito.- Entrada de energía en el organismo a través de la comida, el apetito se caracteriza por una serie de sensaciones desagradables por medio de las cuales el organismo es consciente del deseo de consumir alimento agradable y el hambre se manifiesta por sensaciones desagradables sentidas después de una prolongada privación de alimento, que empuja al organismo a buscar, esforzarse o luchar para conseguir un alivio inmediato a través de la comida. El paso de apetito a hambre depende de la duración de la privación y gasto de energía, además de incluir otros factores, cuyo fin es regular el nivel de glucosa en la sangre

b) Deposición o reserva de grasas.- Los alimentos proporcionan la energía que el organismo necesita para la realización de actividades, sin embargo el consumo excesivo de grasas, azúcares refinados, así como la falta de actividad física provocan que la energía se acumule en forma de grasa en el cuerpo, generando así el sobrepeso y la obesidad, ya que la energía sobrante se deposita en los adipositos en forma de lípidos

c) Termogénesis o quema de calorías.- La energía proporcionada por los alimentos permite mantener la temperatura constante del cuerpo.

"La obesidad es la acumulación excesiva de grasa en el organismo, en diferentes grados y constituye uno de los mayores problemas a los que se enfrenta la sociedad del mundo occidental, producida por la combinación de una ingesta de calorías elevadas y del escaso o nulo tiempo que se dedica para realizar alguna clase de ejercicio" Roa (2006 pág. 46). Éste concepto hace referencia a la falta de equilibrio entre lo que se consume y lo que el cuerpo gasta en sus actividades físicas diarias, generando de esta forma un incremento de grasa corporal en forma paulatina.

"La obesidad mórbida es un desorden complejo con causas multifactoriales que incluyen factores genéticos, del medio ambiente, psicológicos y metabólicos, que requiere la colaboración de una amplia gama de profesionales de la salud como Médicos, psicólogos, psiquiatras, cirujanos bariatras, médicos internistas y nutriólogos." Nova (2006, pág. 39). El concepto que este autor proporciona considera el problema de obesidad no solo desde el punto de vista médico-biológico, sino que toma en cuenta diferentes factores que tiene que ver con el

desarrollo psicosocial de la persona, además de que involucra a todo un equipo multidisciplinario para brindar un tratamiento integral en el control de la obesidad.

Serralde (2008 Pag 18) define a la obesidad como “una enfermedad crónica que se caracteriza por la generalizada y excesiva acumulación de grasa en el organismo”. Este concepto involucra un término más al hablar de una enfermedad crónica ya que una vez que se presenta la obesidad en la persona ésta tendrá que controlar su peso toda la vida a través del ejercicio y alimentación adecuada a fin de evitar la acumulación de grasa en su cuerpo.

”La obesidad no se debe a la falta de autocontrol, sino a un entorno tóxico de alimentos, la genética permite que ocurra la obesidad, pero el medio ambiente es lo que la impulsa”: Brownell (2008). La psicología toma en cuenta el aspecto biológico de la obesidad al considerarla como un factor predisponente, el cual requiere de ciertas condiciones del medio ambiente que genera este problema, en el cual el individuo se deja llevar en el consumo de alimentos rápidos y de fácil adquisición por el poco tiempo que tiene dadas sus actividades cotidianas.

Palmero, Fernández, Martínez, Choliz (2002), señalan que los alimentos le proporcionan energía al organismo para realizar sus diferentes actividades, de tal manera que a mayor actividad, mayor será la necesidad de alimento para compensar el gasto de energía producido. El organismo consume la energía necesaria para obtener calor y para vivir, las energías sobrantes se almacenan en forma de grasa, a través de la formación del tejido adiposo el cual funciona como una reserva a largo plazo y se localiza por lo general en la cavidad abdominal, actualmente el comportamiento alimentario en humanos se ve frecuentemente alterado produciéndose un desbalance energético que da lugar a la obesidad.

”La obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañado de alteraciones metabólicas que predisponen al deterioro del estado de salud” Martínez (2004, pp. 49). Es decir quien tiene este problemas tiene mayor riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas como por ejemplo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer de mama, dislipidemias, problemas óseos y desde el punto de vista psicológico son susceptibles a la discriminación social dada a su apariencia física, con lo que se ve afectada su salud emocional.

“La obesidad es el resultado de un desequilibrio a largo plazo entre la ingesta y el gasto de energía corporal; es decir, a mayor ingesta, menor gasto energético, en consecuencia mayor peso corporal acumulado” Delgado (2008 Pp.55). Nuevamente este autor hace referencia entre el consumo de calorías y el gasto que el individuo hace de estas en su quehacer cotidiano, y sostiene la idea de que entre más alimentos consume y menor sea su actividad física desarrollara de forma rápida el problema de obesidad.

La Norma Oficial Mexicana (1998) define a la obesidad como una enfermedad crónica que se caracteriza por el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo que se acompaña de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endocrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos, cuyo tratamiento debe ser apoyado en un grupo multidisciplinario.

Se determina la presencia de obesidad en la población adulta cuando esta presenta un IMC mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25, se considera a la población de talla baja cuando su estatura es menor de 1.50 mts en la mujer y menor de 1.60 mts. en el hombre.

El sobrepeso se caracteriza por la presencia de un IMC mayor de 25 y menor de 27, en población adulta general y en la población adulta de talla baja un IMC mayor de 23 y menor de 25.

1.3 I.M.C., peso ideal

El IMSS, a través de los programas integrados de salud proporciona, la siguiente fórmula para obtener el **IMC=peso (Kg.)/estatura (m)²**, así como su interpretación, a fin de que su población conozcan los parámetros de obesidad con base en la siguiente tabla:

INTERPRETACIÓN	IMC
Desnutrición	< 17
Bajo peso	17.1 a 20
Normal	20.1 a 25
Sobrepeso	25.1 a 27
Obesidad 1er. Grado	27.1 a 29.9
Obesidad 2do. Grado	30 a 39.9
Obesidad 3er. Grado	40 en adelante

También se incluye el Índice de Cintura-Cadera (ICC), otro indicador antropométrico que permite conocer la distribución de grasa en una persona, y su importancia en predecir enfermedades crónico degenerativas, el cual se obtiene a través de la fórmula:

$$\text{ICC} = \frac{\text{Circunferencia de cintura (cm.)}}{\text{Circunferencia de cadera (cm.)}}$$

De tal manera que un resultado menor o igual a 0.83, en mujeres, corresponde a una distribución de tejido adiposo de tipo ginecoide, o forma de pera; los valores mayores corresponden a obesidad de tipo androide o en forma de manzana; esta última se relaciona con enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias y enfermedad cardiovascular.

También incluye en dichas guías una tabla recomendando el peso mínimo y máximo:

Talla (mts)	Peso normal en Kg	
	Mínimo	Máximo
1.44	41.4	51.7
1.45	42	52.5
1.46	42.6	53.2
1.47	43.2	54
1.48	43.8	54.7
1.49	44.4	55.5
1.50	45	56.2
1.51	45.6	57
1.52	46.2	57.7
1.53	46.8	58.5
1.54	47.4	59.2
1.55	48	60
1.56	48.6	60.7
1.57	49.2	61.7

Talla (mts)	Peso normal en Kg	
	Mínimo	Máximo
1.58	49.8	62.2
1.59	50.4	63
1.60	51.2	64
1.61	51.8	64.7
1.62	52.4	65.5
1.63	53	66.2
1.64	53.6	67
1.65	54.4	68
1.66	55	68.7
1.67	55.6	69.5
1.68	56.4	70.5
1.69	57	71.2
1.70	57.8	72.2

Guía para el cuidado de la salud. (2001), Programas integrados. Guía Técnica (2002), Hernández (2003), Gómez (2004)

1.4 Sedentarismo

Por otro lado, hombres y mujeres dedican poco tiempo a ejercitarse debido a las largas jornadas laborales, que generalmente son sedentarias, olvidándose que el cuerpo humano está diseñado para moverse y su inactividad puede traer como consecuencia algunas enfermedades. Estas conductas son heredadas e influenciadas desde la educación primaria ya que el niño durante su estancia debe

permanecer sentado y para realizar la tarea también está sentado durante 4 horas aproximadamente. Durante la clase de Educación física, la cual se da una vez por semana, con duración de una hora, se emplean 30 minutos para pasar asistencia y los 30 minutos restantes se emplean para realizar ejercicios de calentamiento, sin llegar a una actividad física intensa, situaciones consideradas por Dávalos como absurdas. Dávalos (2008)

1.5 Estrés

El estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del medio ambiente, también llamados estresores externos y los recursos con los que dispone el sujeto de tal forma el mismo individuo se puede provocar estrés por las sobrecargas que se impone (al hacer dos cosas a la vez, comer mientras realiza otra actividad).

En épocas pasadas se creía que el estrés lo padecían los ejecutivos y gente de negocios, con cargas de trabajo y responsabilidades enormes, es decir se asociaba a un nivel socioeconómico y a un tipo de trabajo

"El estrés es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga" Seyle (citado en Soly, 1994, pág.19). Es decir cuando el individuo recibe un estímulo de su medio ambiente su organismo responderá de diversas maneras.

"El estrés es la respuesta de adaptación a unas demandas muy dispares llamadas factores de estrés. Soly (op.cit. pág.20). El individuo buscara responder de diferentes formas tratando siempre de adaptarse a su entorno.

"El estrés es la respuesta de adaptación de un organismo ante un estímulo externo" Bolio (2004, pág.19). Soly y Bolio coinciden en la conceptualización del estrés en términos de adaptación.

Corpus (2005, pág. 41), define el estrés como "la respuesta a ciertas situaciones que implican demandas fuertes o anormales que exceden la capacidad natural de la persona para enfrentarlas". Es decir ante cualquier estímulo o situación de amenaza que se reciba habrá una respuesta del organismo y que en ocasiones el individuo no es capaz de controlar.

Para Bonilla (2007, pág. 66) el estrés es "un estado de alteración que resulta del desequilibrio entre la demanda del ambiente, ya sean reales o subjetivas, y los recursos, con los que contamos para enfrentarlas". Este autor involucra respuestas no solo físicas, sino también emocionales del sujeto ante estímulos ambientales reales o imaginarios además de considerar los recursos potenciales del individuo que le permitirán enfrentar los factores estresantes.

"El estrés puede perjudicar glándulas endocrinas y provocar desequilibrios en el metabolismo" Rodríguez (2007, pág.48). Cuando el individuo está sujeto a constante estrés puede tener consecuencias en el organismo, y generar alteraciones así como desequilibrios. En consecuencia una persona que no lleva

un ritmo de vida organizado como cualquier cosa y por lo regular consume grandes cantidades de grasas y carbohidratos, alimentos con calorías concentradas lo que conlleva a un problema de obesidad o de cualquier trastorno de la conducta alimentaria.

Todos estos conceptos hablan de una respuesta de adaptación del individuo al medio para enfrentar demandas o situaciones del medio que lo rodea, también llamadas factores de estrés, entre los que destacan el frío, calor, ejercicio, físico, alegría, pena, miedo, éxito o fracaso.

Para llevar a cabo esta adaptación, el organismo exige respuestas y reacciones orgánicas y biológicas a través del **síndrome general de adaptación**, el cual afecta a todo el organismo y se manifiesta en las siguientes etapas:

1.- Reacción de alarma.-En ésta etapa se produce la descarga de adrenalina, secretada por las glándulas suprarrenales, en el torrente sanguíneo, de tal forma que se incrementan repentinamente los latidos del corazón y al mismo tiempo la respiración se vuelve leve y la sangre fluye de la piel y vísceras hacia los músculos y el cerebro, generando de ésta forma que las manos y pies se enfríen, los músculos se tensan en la espalda inferior, cuello y hombros, lo que provoca dolores de cabeza. De igual forma el estomago también secreta ácido clorhídrico.

2.- Estado de resistencia.- En ésta etapa el factor estresante que inició la reacción de alarma, aún continúa, durante esta fase se da un equilibrio entre el medio ambiente interno y externo, de esta forma el individuo lo enfrenta y se adapta a una nueva situación, pero si no lo controla o se adapta avanza a la siguiente fase.

3.- Fase de agotamiento.- Es el conjunto de señales, síntomas y manifestaciones, que por lo regular implica una pérdida general de energía, cansancio debido a una explotación de los recursos personales, por lo regular afecta solo algunas partes del cuerpo, también existe apatía, desesperación, insatisfacción, irritabilidad y nerviosismo,. En ésta fase se presentan las enfermedades

El estrés puede tener causas psicoemocionales, debido a factores físicos y biológicos, entre las que destacan:

Psicoemocionales

- La frustración
- insatisfacción, el miedo, cansancio físico y mental
- decepción
- los celos, envidia y la timidez
- la muerte, enfermedad de un familiar
- el fracaso y el éxito repentino

- preocupaciones materiales y profesionales
- divorcio
- frecuentes cambios de domicilio, trabajo
- insomnio

Factores físicos

- Hambre y enfermedad
- agotamiento por cansancio físico, fatiga
- frío, calor
- cambios climáticos constantes
- ruido y polución
- trabajo de noche, ya que provoca un desequilibrio en el ritmo biológico.

Factores biológicos

- Exceso de azúcares refinados
- exceso de grasas animales
- exceso o insuficiencia de proteínas
- exceso de sal
- exceso de tabaco y alcohol.

Estos últimos relacionados con la alimentación, (sub alimentación y súper alimentación) así como obesidad y desnutrición. (Corpus op.cit), Tver (1999), Soly (1994)

1.6 Depresión

El término depresión se ha aplicado a una amplia gama de estados de ánimo que van desde la infelicidad hasta la aflicción normal, pero en general se aplica como sinónimo de tristeza, sin embargo la tristeza no equivale a depresión, ya que no es la única forma de expresar una depresión.

Para Valdivia (2005, pág. 59) "la depresión es una enfermedad grave y común que nos afecta física y mentalmente, altera nuestro modo de sentir, pensar y provoca deseos de alejarnos de nuestra familia, de nuestros amigos, del trabajo, así como la pérdida del sueño, del apetito y del interés por realizar actividades cotidianas". Esta enfermedad tiende a aislar a la persona en su entorno social provocándole conflictos con los que le rodean y a tener problemas en su estado de vigilia.

Maya (2004 pág.46) la define "la depresión es una enfermedad que se manifiesta por un conjunto de síntomas, que por lo menos tienen dos semanas de duración y se presentan de manera continua, generalmente aumentan de intensidad, es decir, se van agravando progresivamente." Considera síntomas físicos y psicológicos de importancia para poder diagnosticar y que deben reunir ciertas condiciones como son los episodios y el tiempo de duración y que aumentan gradualmente.

La depresión se clasifica de la siguiente manera:

a) Depresión psicótica o profunda.- se refiere al grado de menoscabo funcional en un individuo, en donde el sujeto en estado profundo puede dejar de alimentarse y correr el riesgo de morir de hambre, se vuelve inactivo olvidándose de sus necesidades básicas, cree que la vida no ofrece nada y los esfuerzos que haga para mejorarla no valen la pena, por eso es mejor morir y por momentos tiene pensamientos suicidas.

b) Depresión neurótica o leve.- es la presencia o ausencia de sentimientos psicóticos como ilusiones de pobreza, culpabilidad.

Para fines de investigación biológica la depresión se clasifica en.

a) Depresión primaria.- es un episodio depresivo acontecido en ausencia de otros diagnósticos, salvo episodios maníacos o depresivos similares.

b) Depresión secundaria.- surge en el contexto de otra afección psiquiátrica, donde se incluye la esquizofrenia, alcoholismo, sociopatía, neurosis de angustia e histeria.

La depresión psicótica o neurótica se manifiesta en los organismos vivos lo que implica presencia de mecanismos neurofisiológicos y alteraciones bioquímicas, combinándose también componentes psicológicos. De tal manera que en la mayoría de los casos de depresión están presentes síntomas psicósomáticos y somáticos, en algunos casos el apetito y hábitos de alimentación se modifican, generándose así una pérdida de peso sin que éste sea excesivo y en algunos otros hay un aumento de peso considerable, es decir el individuo come para mitigar su depresión. Algunos individuos comen más de lo debido porque su estado de ánimo los empuja a ello, no se sabe con precisión lo que induce a los sujetos a comer compulsivamente, pero en la mayoría de los casos están presentes cuadros depresivos asociados con la imperiosa necesidad de comer.

De tal manera que la depresión puede ser causa de que mucha gente con problemas emocionales, laborales o problemas con el uso de medicamentos cometan el error de comer mucho y olvidarse del ejercicio. James (1981), Arleti (1990), Valdivia (2005)

Cualquier tipo de depresión presenta los siguientes síntomas emocionales y físicos:

-Sentimientos de tristeza, estado de ánimo bajo, pérdida de interés en su arreglo personal

-Pérdida de interés o disminución por las actividades diarias y que antes le agradaban

-baja autoestima, sentimientos de culpa e impotencia

-Aislamiento social

-ideas de agresión y de suicidio

- Falta de motivación y de la capacidad de disfrutar
 - Alteraciones del sueño las cuales se presentan de forma habitual tanto en adultos como en adolescentes, teniendo dificultad para dormir, durmiendo más de lo normal, despertándose durante la noche o antes de lo planeado.
 - Fatiga, falta de energía, cansancio o agotamiento después de un esfuerzo mínimo
 - Disminución o aumento del apetito.
 - Dolores de cabeza, gastritis, colitis, mareos, hormigueo o adormecimiento en diferentes partes del cuerpo
 - Falta de atención para concentrarse lo que le ocasiona problemas de memoria..
- Guelar y Crispo (2000), Shaffer y Waslick (2003), Maya (2004),

La causa de la depresión por lo general incluye una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales, entre los que destacan la pérdida de un ser querido, la salud o el trabajo, tener un trabajo insatisfactorio, problemas económicos, el estado civil, bajo nivel escolar, la presencia de enfermedades crónico degenerativas, discapacidad física, consumo de sustancias tóxicas, sobrecarga de trabajo, antecedentes familiares de depresión, así como aquellas personas que llevan dietas extremadamente bajas en carbohidratos, ya que las sustancias del cerebro que generan una sensación de bienestar como es la serotonina y el triptofano son desencadenados por los alimentos ricos en carbohidratos, y en ausencia de estos existen posibilidades de una depresión. La serotonina también es conocida como hormona del humor, es un neurotransmisor que se relaciona con el sueño, estado de ánimo y el buen humor, su concentración en el cerebro es proporcional a la concentración del triptofano en el plasma y en cerebro, de tal forma que éste último también actúa como reloj interno en el cuerpo regulando los ciclos de sueño y vigilia. Valdivia (2005), Rodríguez (op.cit).

Un estudio realizado en la Universidad de Texas con 496 adolescentes, mujeres de entre 11 y 15 años de edad, mostró que las conductas de las jóvenes para controlar su peso las lleva a otras conductas que pueden incrementar el metabolismo o alterar procesos homeostáticos, y por otro lado los síntomas depresivos contribuyen a la ganancia de peso en las adolescentes, ya que a través de la comida logran un estado de confort, comprobándose así que la baja de serotonina está relacionada con la depresión y ésta ocasiona que el individuo consuma de forma excesiva alimentos ricos en carbohidratos logrando de ésta forma regular sus niveles de serotonina y en consecuencia incrementar su peso. Stice (2005)

En un estado de depresión predominan los sentimientos de tristeza, de rechazo, baja autoestima y de vacío, lo que lleva al individuo a sentirse inútil, sin esperanza. El sujeto con depresión está convencido de que no puede influir en el medio ambiente de la manera en que él lo necesita, magnifica la dificultad de vencer o dominar los sucesos, se siente incapaz frente a algunos acontecimientos, tiende a

no esforzarse, se siente una persona incapaz, inútil, por lo general es una persona sumamente pasiva. Ledesma y Melero (1989).

El individuo obeso enfrenta de manera adicional a los problemas físicos y alteraciones mentales, la discriminación de otros individuos relacionados con el empleo y las funciones socioeconómicas, lo que incrementa su depresión provocando de ésta manera que consuma más alimentos.

Un estudio de obesidad en mujeres fue asociado con un incremento del 37% con depresión, éste estudio mostró una fuerte relación entre mujeres con un alto índice de masa corporal y frecuentes intentos de suicidio. Weiss (2008)

Una persona obesa es rechazada por las empresas, dada su imagen y el riesgo de salud que corren, aun cuando académicamente estén preparados. Mientras el banco mundial informa que de cada 10 personas con obesidad no perciben un salario acorde, son contratados en puestos inferiores, sin importar su experiencia y conocimientos, en México de cada 10 personas obesas solo 4 son contratados, es decir, son discriminados socialmente.

Esta discriminación social no solo se presenta en la población adulta, también en los niños obesos, ya que sufren rechazo por parte de sus compañeros y poseen una pobre imagen de sí mismos, así como un sentimiento de inferioridad lo que les ocasiona dificultad para relacionarse con los demás.

El 90% de los niños escolares prefieren tener a un compañero con alguna discapacidad a un niño obeso porque los consideran sucios, glotones y torpes lo cual genera en ellos un sentimiento de culpa, baja autoestima y falta de voluntad. Lohr (2008), Ruvinsky (2008), Dávalos (2008), Novoa (2006)

1.7 Influencia de los medios de comunicación

El poco tiempo libre con el que se cuenta, limita la convivencia con la comunidad y la familia, ya que la mayoría de la gente lo invierte en ver televisión, entretenimiento que no requiere de actividad física y por lo general mental tampoco. Y es a través de este medio que el bombardeo de mensajes es intenso y constante, ya que transmite ideas ambiguas dirigidas a la población con obesidad. Reyes (2008), Villegas (2003)

Por un lado las personas obesas sienten que los medios de comunicación están creando hacia ellos “una cultura de culpa”, según un estudio realizado en La Universidad de Monash con 76 individuos (62 mujeres y 14 varones), los sujetos consideran que los mensajes transmitidos por personal de salud en los que se les invita a realizar ejercicio físico, modificar estilos de vida y hábitos de alimentación ocasiona en ellos que se sientan abrumados y desalentados por su condición, ya que creen que los consideran enfermos, lo cual ocasiona que se sientan víctimas de una sociedad que está en contra de ellos. En éste estudio los participantes

manifestaron que en algún momento de su vida experimentaron humillación y discriminación debido a su obesidad. (op cit)

Por otro lado en los medios de comunicación se transmiten los cánones de belleza que en la actualidad exigen una silueta esbelta. Dentro de su programación, transmiten ideas en las que incitan al telespectador al consumo inmediato de productos y servicios para conseguir las figuras o siluetas físicas deseables o estandarizadas que imperan en la moda, lo que genera dos actitudes contrarias, pero al mismo tiempo encaminadas en el mismo fin: por un lado incitan al consumo como medio para llegar al objetivo planteado por la moda: lograr la figura deseada y perfecta para ser aceptados e incluso admirados por la misma sociedad, lo que de lograrlo se traduciría en alcanzar la felicidad total del individuo. Por otro lado, el no llegar o no seguir esas metas planteadas en el medio de comunicación, provoca la frustración del individuo y, por lo tanto, la baja autoestima al no poder ingresar a ese selecto grupo de gente perfecta que promueve cualquier medio de comunicación. Hernández (2003), Villegas (2003), Chinchilla (2002)

La transmisión de estos mensajes como ya se mencionó es intenso y constante, a pesar de estar restringidos en la Norma Oficial Mexicana para el control de la obesidad que refiere que los medios de comunicación no están autorizados para transmitir mensajes sobre ideas o productos que conlleven al espectador a conseguir una pérdida de peso y de existir, incluso, procuradurías sociales de servicio al consumidor que también vigilan que no sea violentada la reglamentación de protección al consumidor.

En México existen alrededor de 5000 productos para bajar de peso llamados “productos milagro”, anunciados como suplementos alimenticios y la COFEPRIS está tratando de regular y normar las empresas de productos así como de sancionarlas.

El D.F., Guadalajara y Monterrey son las ciudades en donde hay mayor número de personas con obesidad y en consecuencia también se registró en esas ciudades un incremento de clínicas, hospitales y tratamientos que solo engañan a la población. Por cada 100 personas obesas existe una clínica sin licencia y que trabaja con productos milagro de dudosa procedencia.

México ocupa el 1er lugar en anuncios publicitarios, enviando 39 mensajes, de los cuales 17 promocionan el consumo de alimentos “chatarra”, bebidas y dulces logrando de esta forma que la población mexicana consuma alrededor de 300 millones de cajas al año, los cuales se pueden conseguir en un 75% en tiendas y puestos ambulantes ocupando de ésta forma el segundo lugar en consumo de refrescos.

Las grandes cadenas de restaurantes de comida rápida también han elaborado anuncios sumamente llamativos saturando así la televisión con sus mensajes de tal manera que ya se pueden observar máquinas expendedoras en cualquier lugar, son baratas y de fácil adquisición, actualmente cuentan con servicio a domicilio limitando todavía más la actividad física. Estos mensajes transmiten por canales comerciales como son el 2, 4, 5, 7,9, y 13. Coperias (1995). Coperias (2004). NOM (op. Cit), Silva (2008)

En Estados Unidos a partir del 18 de Julio del 2008 entró en vigor una ley que obliga a las cadenas de comida rápida con más de 15 restaurantes a especificar la cantidad de calorías que contiene cada uno de sus productos, del mismo tamaño con el que especifican su costo y nombre del platillo. Ante esta ley varias cadenas trataron de impugnar esta ley, entre los que destacan Mc'Donalds y Dunkin Donet, las cuales dicho sea de paso se ubican también en México. Editor (2008)

CAPITULO 2 AUTOESTIMA

2.1 Antecedentes

Desde la filosofía griega el sí mismo ha sido estudiado por diversos autores: por lo cual se retomarán algunos de ellos para explicarlo. Primeramente comenzaremos con Platón (siglo III, citado en Mueller, 1976), quien habla de una alma que encarna en los cuerpos y es responsable de nuestros actos. Esa alma que yodos tenemos y nos va dirigiendo en los caminos de nuestra vida.

Por otro lado Aristóteles (S. III a.c.; op cit.) señala que el alma y el cuerpo son un ente único e individual que es el responsable de las funciones vitales (percepción, sensaciones y conocimientos). El alma es el sentido primordial, aquello por lo que vivimos, percibimos y pensamos, el ser humano no está constituido por un alma y un cuerpo como dos entidades ya extrapuestas.

Sócrates menciona que el conocerte a ti mismo es esencialmente ético. Dice que “el conocimiento no versa sobre la realidad del alma de la cual no duda, sino sobre sus riquezas ocultas que hay que descubrir para volverse mejor...”(op cit, pp 53)

Descartes (1637citado por Amerio 1954 pp 277) con su frase “pienso luego existo”, dice, “reconozco que soy una sustancia cuya esencia o naturaleza es ser consciente. Así este self, es decir el alma, por la que yo soy, es completamente distinto del cuerpo e incluso es más fácilmente conocido”.

Spinoza y Leibniz en el siglo XIX hablaron de un inconsciente, entendido en este momento como todas aquellas imágenes del pensamiento o entendimiento que es almacenado y aparece de manera involuntaria, presentándose sorpresivamente en la conciencia imágenes aparentemente desconocidas por el sujeto o generando conductas en el mismo; este autor parte de la idea de que todo lo que nos rodea no escapa a nuestra percepción, sólo que nuestra atención es selectiva y se tiene un campo limitado en el presente y de igual manera algunas de estas percepciones pueden tomar forma de hábitos, cuando son cotidianas. De todo esto se concluye que además de lo aprendido por la experiencia, existen otros elementos que determinan el conocimiento y el comportamiento del ser humano (op, cit)

Sin embargo es hasta 1890 que William James en su libro Principios de psicología (cuya visión es objetiva y empirista), preparó las bases para la teorización contemporánea sobre el concepto de sí mismo y él yo; según este autor “el sí mismo o yo empírico, es la suma total de cuanto a un hombre puede llamar suyo: sus rasgos, actitudes, posesiones materiales, su familia, amigos, su vocación, etc) y al yo lo define como “la corriente del pensamiento que constituye el propio sentimiento de identidad personal. El sentido de identidad es una necesidad

humana básica y uno de los fundamentos sobre los que constituyen una personalidad madura.” (citado en Hall y Lindzey, 1984 pp 8).

James considera tres aspectos del sí mismo (op cit pp 8):

- 1) sus elementos constituyentes
- 2) los sentimientos del sí mismo
- 3) las acciones destinadas a la búsqueda y la preservación del sí mismo.

Para James (1890) el self de una persona es la suma de toda persona que puede llamar su yo y la divide en tres partes: el Yo material: que se refiere a todos los objetos y posesiones que tiene el individuo incluyendo su cuerpo. El yo social que son los sentimientos y pensamientos que se encuentran en la existencia de un individuo. El Yo espiritual funge como observador e intérprete del yo material y social determinando la sensación de Autoestima. (Ríos 2002 pp. 24).

Además James identifica al self como agente de la conciencia así como también una parte importante de contenido de ella misma , esta naturaleza dual del self, como objeto y como proceso (Valdez; 2001).

Matthew Mcky y Patrick Fanning establecen la relación existente entre identidad y autoestima y afirman que “uno de los principales factores que diferencian al ser humano de los demás animales es la conciencia de sí mismo; la capacidad de establecer una identidad y darle un valor. Es decir una tiene la capacidad de definir quién es y luego decir si le gusta su identidad o no”. (citados en Merceville, 2004 pp 22).

Sigmund Freud fundador de la escuela psicodinámica, ignoró el abordaje de la autoestima, de manera implícita, pero la abordó al teorizar los mecanismos de defensa. Esto lo establece el Dr. Nathaniel Brenden, cuando afirma que donde Freud pensaba en mecanismos de defensa del yo, de estrategias para evitar la amenaza al equilibrio del yo que suponía la ansiedad, en la actualidad se piensa en mecanismos de defensa de la autoestima, estrategias para defendernos contra cualquier tipo de amenaza, de cualquier origen, interno o externo a la autoestima. Todas las famosas defensas que identificó Freud pueden entenderse como esfuerzos para proteger la autoestima. Branden (citado en Merceville 2004 pp 23).

Además Freud (1914) en su obra “Introducción al narcisismo”, de igual manera da importantes aportaciones, que son elementales en el desarrollo del yo y el sí mismo.

Refiere que la conducta narcisista surge de la libido sustraída del mundo exterior la cual es conducida al yo; en donde en una primera etapa del narcisismo el sujeto libidiniza y es libidinizado por el otro, siendo característico de esta fase, la no diferenciación entre él yo y el otro (objeto-sujeto), pero que a partir de esta libidinización y gracias a la presencia-ausencia de la madre o del objeto , el sujeto es capaz de dirigir su libido y retornar su libido al yo (sí mismo) y a su vez puede seguir libidizando a otros objetos (Freud, 1980).

Considera al autoerotismo como un estado primario de la libido necesario para el desarrollo del yo, ya que para él en el individuo no existe desde un principio una unidad comparable al yo, sino que este se va desarrollando con ayuda del instinto libidinal (energía sexual), y apoyado por los instintos del yo que le permiten relacionarse con el objeto (op cit).

Plantea la constitución del ideal del yo, el cual es adquirido por la internalización de la crítica parental y posteriormente la social; en este ideal se van a depositar grandes cargas de energía libidinal, tan grandes y substanciales como las que investían al yo del narcisismo, las cuales propenden a que él yo constantemente se sienta observado, evaluando y comparado con este ideal, y están condicionadas a que él yo cumpla con el ideal o no (op cit).

Otra contribución significativa es la de Mead (1934) y Cooley (1902), representantes de la psicología social (interaccionismo simbólico), señalan la relevancia de lo simbólico en el proceso de formación del sí mismo; mencionando que “el individuo deviene sí mismo en la medida en que es capaz de adoptar la actitud de otro y actuar respecto de si mismo como actúan los demás” (citado en Hall y Lindzey, 1984).

De igual forma refiere que el sí mismo se va conformado a través de la experiencia, es decir, el sujeto aprende a pensar acerca de si mismo y a experimentar sentimientos sobre la base de cómo es percibido por los demás, constituyéndose como socialmente estructurado, de tal manera que va creando su imagen corporal la cual se va moldeando desde la infancia, durante este proceso interviene la historia personal de cada individuo así como las influencias de su medio ambiente.

El concepto de imagen corporal se divide en 3 áreas:

- a).- componente perceptual (Tamaño del cuerpo)
- b).- Componente subjetivo (evaluación del cuerpo)
- c).- Componente conductual (manejo del cuerpo)

Ponen en relieve a los aspectos socioculturales, en los cuales se inserta el individuo y a partir de la interacción con estos se va conformando el mismo, a través del proceso social (op cit). Gáfaró (2001)

Dentro de la corriente Humanista Rogers (1950), se aboca más al estudio del yo, planteando una diferencia entre el concepto del yo y el yo real diferenciando dentro de este constructo; el área cognitiva, el área evaluativa y el área afectiva; siendo su principal preocupación las actitudes hacia él sí mismo, es decir, las percepciones de una persona respecto a sus habilidades, acciones, sentimientos y relaciones en su medio social.

Symonds (1951) en su libro el yo y el sí mismo, el cual se basa en la teoría psicoanalítica define “al yo como un grupo de procesos tales como percibir, pensar, recordar, responsables del desarrollo y la ejecución de un plan

destinado al logro de satisfacción de impulsos internos; y el sí mismo es la forma en que reacciona el individuo en sí, además señala cuatro aspectos que caracterizan al sí mismo los cuales son: a) cómo se percibe a sí misma la persona; b) qué piensa de sí misma; c) cómo se evalúa y d) cómo intenta, mediante diversas acciones engrandecerse o defenderse". Según Symonds existe una relación entre el sí mismo y el yo ya que si él yo actúa eficazmente enfrentando las exigencias internas y externas se tendera a tener un si mismo favorable. (citado por Hall y Lindzey 1984 pp 4)

Allport (1977), es otro autor que se interesa por el estudio del si mismo y el desarrollo de la personalidad y la define como "algo de lo que nos damos cuenta inmediatamente, concibiéndolo como la zona central e íntima de nuestra vida. Como tal, desempeña un papel primordialmente en nuestra conciencia, personalidad y organismo." (citado por Barruel, 1993).

Este mismo autor menciona que el sí mismo se forma desde el nacimiento e intervienen seis factores, que se van incorporando de acuerdo a la edad y son:

1. "Sentimiento de sí mismo corporal: este se forma a través de las sensaciones orgánicas repetidas y también de las frustraciones provenientes del exterior. Dicho sentimiento constituye la autoconciencia.
2. Sentimiento de una continua identidad del sí mismo o auto identidad, el cual nos permite reconocernos como la misma persona a pesar de que haya cambios en nuestra personalidad y en nuestros sentimientos.
3. Exaltación del sí mismo, está compuesto por el amor a sí mismo, los impulsos de autoafirmación y la autosatisfacción.
4. Extinción de sí mismo: surge el sentimiento de posesión
5. Imagen de sí mismo, es la forma en que la persona se valoriza, incluyendo su imagen idealizada.
6. Agente racional. Función del organismo que analiza y posibilita la solución problemas, además permite el contacto con la realidad, media entre las necesidades propias y la realidad exterior y defiende al individuo de peligros reales e imaginarios"(op cit).

Por otro lado Erickson (1976) escoge al yo como instrumento utilizado por el individuo para: proporcionar información exterior, valorar la percepción, seleccionar los recuerdos, dirigir la acción de manera adaptativa, e integradora de las capacidades de orientación y planteamiento, siendo el resultado de un yo positivo la producción de una identidad en un estado elevado de bienestar.

Dentro de la psicología cognitiva teóricos como Erickson (op cit) han considerando al self como una estructura cognitiva o conjunto de estructuras que organizan, modifican e integran funciones de la persona, agregando que la gente es diferente porque sus estructuras cognitivas o sistemas de esquemas son diferentes.

El psicólogo Erick Erickson lo describe desde una perspectiva evolutiva en su teoría epigenética del desarrollo humano y menciona que “la adolescencia es la etapa en que la búsqueda principal del individuo se centra en el descubrimiento de la propia identidad para así responder a la pregunta ¿Quién soy yo?”(Erickson citado en Merceville 2004 pp 21).

Con lo que se refiere al yo Purkey (1970) da a conocer propiedades elementales del yo, que son (citado por Oñate, 1985 pp 50).

- Es un complejo sistémico y dinámico de creencias, cada una con su propio valor (positivo o negativo), que el individuo mantiene.
- Es una realidad organizada, que se caracteriza por el orden y la forma un sistema perfectamente jerarquizado. En donde el éxito o fracaso se generalizan dentro del sistema, de forma que el fracaso en una habilidad importante para él yo, reduce la consideración de las otras capacidades aparentemente no relacionadas y por el contrario el éxito eleva la valoración de otras características personales.
- Es una realidad única, ya que no hay dos personas que sostengan idéntico conjunto de creencias.
- Constituye el motivo central y la clave dinámica de la conducta humana. Por lo que se convierte en el punto central de referencia de la realidad total que afecta a la persona.

Siempre hay una necesidad personal de desarrollar una estima propia adecuada para así poder relacionarse con los demás y otorgarles un amor adecuado.

El Dr. Nathaniel Brandes menciona que “si disfruto de un sentimiento fundamental de eficacia y valía y me considero a mi mismo digno de ser querido, entonces tendré funcionamiento para apreciar y querer a los demás (citado Merceville, 2004 pp. 22).

2.2 Conceptos de autoestima

Para poder entender mejor este tema es importante conocer los diferentes conceptos que algunos autores han hecho acerca de la autoestima. A continuación se mencionan algunos de estos.

Empezaremos con Symonds (1951) quien dice que la autoestima es un sentimiento hacia uno mismo, que se desarrolla a partir de las experiencias, necesidades y éxito. Habla de dos manifestaciones como amor propio y deseo que resulta de distintas formas de experiencias: positivas, de afiliación y de éxito.

Para Maslow (1954) el área de autoconcepto y autoestima gira alrededor de la autorrealización. Postula una jerarquía que abarca desde las cuestiones básicas como la fisiología a las superiores que es la autorrealización y el autoestima es una condición básica para llegar a esta última.

Existen dos tipos de necesidades de estima a saber, la estima propia y aquella que proviene de los demás, ambas las ubica jerárquicamente por encima de las

necesidades fisiológicas, las de seguridad personal, las necesidades de pertenencia y afecto. En términos generales menciona que la autoestima incluye necesidades como el deseo de confianza, competencia, maestría, educación personal, logro, independencia y libertad. El respeto por parte de otros incluye conceptos como el prestigio, reconocimiento, aceptación, estatus, reputación y aprecio.

William James menciona que es el resultado de lo que la persona hace para obtener éxito en aquellas metas que pretende alcanzar. Este autor coincide con Alfred Adler en considerar a la autoestima como el resultado de las metas propuestas. Esta posición compartida establece que la autoestima se manifiesta no solo como un proceso interno dentro del individuo, sino que se relaciona exteriormente con el éxito o el fracaso que éste obtiene en el plano conductual tras la búsqueda de sus metas. Citado en Merceville pp 25 2004)

Martínez Muñiz (1980) define la Autoestima como el sentido de verse bueno o valioso, se concreta en confianza y seguridad de sí mismo. A su vez Montagne (1981) la define como la satisfacción personal consigo mismo, la eficiencia con su propio funcionamiento y su evolución.

Autores tales como Rosenberg (1967), Gergen (1972), Coopersmith (1976), Lindgren (1979), Palladino (1992), Gil y Valdez (1997), entre otros, han hablado de manera explícita sobre el constructo de autoestima, sin perder de vista que todos ellos parten del self (sí mismo) y desarrollo del yo.

White citado en Merceville (2004, pp 26) comenta que es el valor del yo, es decir "...el valor de uno como persona ante los ojos de otro, pero especialmente ante los ojos de uno mismo".

Por su parte Branden (2003) dice que se trata de algo más que una opinión o sentimiento, es una fuerza motivadora que inspira un tipo de comportamiento.

Palladino (1992) define la autoestima como "un sistema interno de creencias y la manera en que se experimenta externamente la vida".

Para Coopersmith (1976 citado en SSA 2002) la autoestima no es más que "la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo, es decir, un grupo de cogniciones y sentimientos".

Por otro lado González, Gil y Valdez (1997) dicen que la autoestima "es el juicio de valor que se hace del auto concepto, a partir de la distancia que hay entre el auto concepto real e ideal que perciben tener las personas". (Alcántara y Bazaldua; 1996 pp. 32).

La autoestima para Lindgren (1979, pp. 238) "es la cantidad de valor que atribuimos a nuestro yo y se basa en la estima que los otros nos tiene". Según Hall y Lindzey (1957) definen el yo ..."como un sistema de actitudes o sentimientos que el individuo tiene acerca de sí mismo"(Hewstone, M. Stroebe 1993).

Rosenberg (1967) menciona que la autoestima, es "...el aspecto evaluador del concepto del yo, depende de la interacción con los otros" (citado en Smith, Mackie 1997, pp. 210)

Coopersmith (1976, citado en SSA; 2002) dice que la "autoestima es la valoración que una persona hace de sus propios méritos". Gergen (1972;) por su parte menciona que la "autoestima tiende a reflejar la visión que los demás tienen de nosotros".. De esta forma tenemos que Chaiken y Baldwin (1981), Fazio y cols (1981) mencionan que la teoría de la auto percepción supone que extraemos inferencias de nuestras conductas sólo cuando los indicios internos son débiles o ambiguos y cuando no están presentes las presiones de una situación apremiante. De modo que en ausencia de fuertes sentimientos internos y de presiones externas apremiantes, las personas tienden a verse a sí mismas con las cualidades que coinciden con su conducta pasada o presente. (citado en Vander.1990 pp. 189).

Según López y Sánchez (2001, pp. 27) "la autoestima se refiere a los sentimientos de estima de sí mismos mientras que el auto concepto es la idea que cada persona tiene de sí misma". Para Jones (1990) el auto concepto "es lo que pensamos sobre el yo; mientras que la autoestima, es la evaluación positiva o negativa del yo, es decir cómo nos sentimos con respecto a él" (citado en Hewstone, M. Stroebe 1993, pp. 215).

Nathaniel Branden (2003 pp 45) dice que la autoestima es "la confianza en nuestra capacidad de pensar, de afrontarnos en los desafíos de la vida, la confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos".

Para Rob Salomón "la autoestima es la visión honesta, sin adornos ni adulteraciones que tenemos de nosotros mismos, de nuestro valor, de nuestra importancia". Citado en Álvarez (1998 pp 5).

2.3 Autoestima positiva y negativa

La autoestima tiene dos connotaciones: positiva y negativa. La autoestima positiva es la valoración benéfica que se hace la persona y la negativa es la desvalorización de las capacidades y habilidades. Si las experiencias de las personas y los pensamientos sobre ellos mismos son mayoritariamente positivos, probablemente tendrán una autoestima alta. Si sus experiencias son principalmente negativas, pueden desarrollar una baja autoestima crónica (Smith, Mackie 1997).

Cuando existe una autoestima negativa se recurre a defensas las cuales son armas psicológicas contra la ansiedad, el temor, la inseguridad y la ineptitud, su fin es el de ayudar a conservar la integridad. La mayoría de las defensas tiene su origen en la secreta convicción por parte de la persona de ser malo, indigno de

amor y carente de valor. Se trata de abrir el camino de la aceptación por medio de la agresión física directa.

Una de las defensas que se observan principalmente en niños y adolescentes con baja autoestima es el exceso en las comidas, cosa que inicia un círculo vicioso difícil de quebrar. El creerse inaceptable crea ansiedad y tensión y uno de los primeros recuerdos de la infancia consiste en que el comer era bueno, relajaba sus tensiones internas. De bebe la comida se asociaba con que tuviera a la persona en brazos y la mimaran y en la época en la que daba sus primeros pasos su madre resplandecía de aprobación cada vez que la niña comía hasta hartarse hoy guiada por sus recuerdos y asociaciones del pasado se da a la comida cada vez que hay un sentimiento de frustración, soledad, rechazo o tensión. Al no hallar consuelo en las personas con las que convive busca satisfacción momentánea en la comida. La comida tiene buen sabor. El alimento se transforma así en símbolo de calor, acercamiento, afecto, aprobación y sensaciones corporales agradables. Cuando la persona está sola incurre en una sobrealimentación que le hace aumentar de peso constantemente.

Esto disminuye su atractivo físico y su aptitud para los deportes, pronto se transforma en el blanco de las bromas de patio de juego. Las burlas de los demás hacen que recurra con mayor insistencia al consuelo de la comida y el círculo vicioso se cierra. Cuanto más gorda se pone la persona, más le toman el pelo. Cada nuevo rechazo se lanza otra vez sobre la comida.

Entonces se va generando la obesidad en las personas y al pasar el tiempo el problema genera otros padecimientos.

Los padres pueden alimentar la confianza y el amor propio o colocar enormes obstáculos en el camino del aprendizaje de actitudes positivas, transmitirle que creen en la capacidad y bondad de su hijo o bien lo contrario, crea un habiente en el cual el niño se siente seguro o fomentar el surgimiento de una buena autoestima o hacer todo lo concebible para subestimarla.

Estos son algunos obstáculos que el autor Nathaniel Branden (2003 pp 34) menciona para el crecimiento de la autoestima y comento que los padres crean importantes obstáculos para el crecimiento de la autoestima de su hijo cuando:

- ❖ Transmiten que el niño no es "suficiente"
- ❖ Le castigan por expresar sentimientos "inaceptables"
- ❖ Le ridiculizan o humillan
- ❖ Transmiten que sus pensamientos o sentimientos no tiene valor o importancia
- ❖ Intentan controlarle mediante la vergüenza o la culpa
- ❖ Le sobreprotegen y en consecuencia obstaculizan su normal aprendizaje y creciente confianza en sí mismo

- ❖ Educan al niño sin ninguna norma, sin una estructura de apoyo, o con normas contradictorias, confusas, indiscutibles y opresivas. En ambos casos inhiben el crecimiento normal.
- ❖ Niegan la percepción de su realidad e implícitamente le alientan a dudar de su mente.
- ❖ Tratan hechos evidentes como irreales, alterando así el sentido de racionalidad del niño; por ejemplo, cuando un padre alcohólico se tabalea hasta la mesa, no acierta a sentarse en la silla y cae al suelo mientras la madre continúa comiendo o hablando como si nada hubiera sucedido.
- ❖ Aterrorizan al niño con violencia física o con amenazas, inculcando agudo temor como características permanente en el alma del niño.
- ❖ Tratan a un niño como objeto sexual
- ❖ Le enseñan que es malvado, indigno o pecador por naturaleza.

La autoestima elevada proviene de las reflexiones positivas que se hagan en torno del niño. “Todo niño se valora a sí mismo tal como haya sido valorado”. (Briggs Dorothy pp 33).

La autoestima más sana menciona Maslow se basa en el respecto merecido por parte de otros, más que en la fama y la celebridad externas, o en la adulación injustificada (Me cerville 2004).

Tener alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir capaz y valioso, además de ser conciente de sus mismos errores (Brander, 1998, op cit pp 28)

En la medida en que confiemos en la eficacia de nuestras mentes, en nuestra capacidad de pensar y de aprender, con mayor confianza podremos enfrentarnos a los desafíos difíciles de la vida.

La autoestima positiva busca objetivos exigentes que la estimulen y el lograrlos la alimenta. La baja autoestima busca la seguridad de lo conocido y poco exigente; limitarse a ello debilita la autoestima. Cuanto más alta sea nuestra estima, mejor equipados estaremos para enfrentarnos a las adversidades en nuestras profesiones y en nuestras vidas personales; cuanto más rápido nos levantemos después de una caída, más energía tendremos para comenzar de nuevo; seremos más ambiciosos, no necesariamente en sentido profesional o económico, sino en cuanto a los que esperamos experimentar en la vida: emocional, creativa, experimentalmente. Cuanto más baja es nuestra autoestima, a menos aspiremos y menos logros obtenemos. Los dos caminos tienden a reafirmarse y a perpetuarse.

Si nuestra autoestima es alta estamos más dispuestos a relacionarnos con personas positivas, lo similar se atrae, la salud atrae a la salud y por consiguiente pasa lo mismo con lo negativo.

Cuanto más alta es nuestra autoestima estamos más dispuestos a tratar a las demás personas con respeto, dignidad, confianza, benevolencia ya que no nos

sentimos amenazados y el respeto por nosotros mismos es la base del respeto a los demás.

Hay algunas formas simples y directas en la que la autoestima positiva se manifiesta en nuestro interior.

- ❖ “un rostros, actitud, manera de hablar y de moverse que refleja el placer que sentimos de estar vivos
- ❖ serenidad al hablar de los logros y fracasos directa y honestamente, ya que mantenemos una relación amistosa con los hechos
- ❖ comodidad al dar y recibir cumplidos, expresiones de afecto, aprecio, etc
- ❖ apertura a las críticas y comodidad para reconocer errores porque nuestra autoestima no está atada a una imagen de “perfección”
- ❖ nuestra palabras y acciones tiendes a ser serenas y espontáneas porque no estamos en guerra con nosotros mismos
- ❖ armonía entre lo que decimos y hacemos y nuestro aspecto y gestos
- ❖ una actitud abierta y de curiosidad hacia las ideas, experiencias y posibilidades de vida nuevas
- ❖ si surgen sentimientos de ansiedad o inseguridad, es menos probable que nos intimiden o abrumen, ya que no suele ser difícil aceptarlos, dominarlos y superarlos
- ❖ capacidad para gozar los aspectos humorísticos de la vida, en nosotros mismos y de los demás
- ❖ flexibilidad para responder a situaciones y desafíos, movida por un espíritu inventivo e incluso lúdico, ya que confiamos en nuestra mente y no vemos la vida como una fatalidad o derrota
- ❖ comodidad con una actitud positiva en nosotros mismos y en los demás
- ❖ capacidad para preservar la armonía y dignidad en condiciones de estrés.

A nivel físico se puede observas los siguientes rasgos:

- ❖ ojos despiertos, brillantes y vivaces
- ❖ rostro relajado que suele tener color natural y vitalidad en la piel
- ❖ mentón en posición natural y alienado con el cuerpo
- ❖ mandíbula relajada
- ❖ hombros relajados y en posición natural
- ❖ postura relajada, erguida, bien equilibrada
- ❖ modo de caminar decidido
- ❖ vos modulada, con intensidad adecuada a la situación y con pronunciación clara. (Branden, 2003 pp 69, 70)

A veces se confunde la autoestima con vanagloria, jactancia o arrogancia; pero estos rasgos no reflejan demasiada autoestima sino refleja una baja autoestima. Las personas con una alta autoestima no se ven impulsadas en mostrar lo que son y lo que pueden hacer, no les es necesario mostrarse superiores a los demás, porque saben lo que realmente son en si mismos y eso es suficiente para ellos para sentirse bien consigo mismos. (op cit)

2.4 Formación de la autoestima

Es importante tener en cuenta que la autoestima no tiene una entidad estática, sino una creación dinámica y siempre está en desarrollo y cambio a lo largo de la vida. Para López y Sánchez (2001) los padres son la principal fuente de referencia para el desarrollo de las aptitudes, creencias y valores de los jóvenes acerca de la vida en general y específicamente de su propio sentido del yo y valor personal.

Los niños nacen sin sentido del yo, cada uno de nosotros debe aprender a ser humano en el sentido que queramos, nosotros vamos construyendo nuestra propia identidad por medio de los espejos psicológicos.

Desde el momento en que nacemos recibimos muchos estímulos que nos ponen en contacto con lo que nos rodea. Desde los primeros meses de vida identificamos a esas personas que nos alimentan, nos dan cariño y nos protegen, estos son nuestros padres. Posteriormente vamos conociendo a más personas que nos rodean. Al crecer vamos adquiriendo fuerza en nuestro cuerpo hasta lograr realizar nuestros primeros pasos cayéndonos y levantándonos hasta que logramos tener la seguridad y fuerza necesaria para sostenernos por nosotros mismos nos sentimos capaces de podernos desplazar por todo el mundo por nuestras propias fuerzas.

La autoestima va naciendo así en los primeros años de vida, día con día y surge de las experiencias que tenemos, de cómo nos sentimos frente al mundo, de que manera vemos a nuestros semejantes, como creemos que nuestros semejantes nos ven, que calificación nos damos a nosotros mismos.

En esta etapa es cuando más necesitamos tener una relación estrecha y armoniosa con nuestros padres ya que de esto dependerá que haya una autoestima sólida y firme que nos permita enfrentarnos a la vida de la mejor manera.

El niño desarrolla una mejor autoestima cuando sabe que es valioso, respetado y que puede integrarse al mundo abierta y sanamente y esto se puede lograr cuando los padres son positivos y afectuosos de lo contrario contribuyen a destruir y deformar su valía como individuo. (Álvarez 1998)

Así mismo Coopersmith, (1976, citado en SSA; 2002) menciona que el niño cuando nace carece de una escala de valoración con la cual compararse, esto lo aprende de la experiencia que adquiere con sus padres y personas que lo rodean, de los mensajes que le comunican respecto a su valor como persona y del trato que recibe, dentro del cual los factores determinantes que se han identificado están: la aceptación del niño con sus cualidades y defectos, el respeto hacia el niño y sus intereses, la presencia de límites claros y consistentes en la familia.

Para Mead (1932) el desarrollo del sí mismo en los niños pasa por tres etapas:

- 1.-"la etapa de juego informal: cada niño asume el rol de una persona por vez y trata de llevar a la práctica la conducta asociada con ese rol- sea el de la madre,

padre, oficial de policía o maestro- con frecuencia sigue el modelo de otro significativo;

2.-la etapa del juego formal: el niño amplía su perspectiva para abarcar las de muchas personas al mismo tiempo;

3.- la tercera etapa del otro generalizado amplía aun más su perspectiva a fin de abarcar a la comunidad o sociedad en su conjunto, alcanzan un panorama sintético del funcionamiento cultural de su comunidad y se ven a sí mismos desde la perspectiva del otro generalizado” (citado en Vander 1990, pp 171).

Vander, (1990) menciona que la autoestima se desarrolla en la infancia y se acrecienta con las relaciones positivas, aceptables y satisfactorias por los padres. Los individuos que han tenido experiencias negativas en su infancia frecuentemente desarrollan una baja autoestima que mantendrán aún a pesar de la evidencia contraria por que volver a pensar significaría amenazar su autoestima. Por su parte Rosenberg (1979) considera que la familia influye de una manera decisiva en el desarrollo de la autoestima, de tal modo que cuando la relación padre e hijo es satisfactoria, el niño se capta a sí mismo como aceptado y valorado favorablemente (citado en Alcántara y Bazaldua; 1996).

Por su parte Dweck (1975) menciona que los sujetos de alta autoestima perciben un mayor control que los de baja autoestima. La autoestima del individuo podría influir en su comportamiento en circunstancias inductores de reactividad, exhibiendo más reactividad los sujetos de alta autoestima (citado en Morales 1998).

Los niños aprenden a verse en los ojos de las personas que son importantes para ellos: sus padres, sus hermanos y hermanas, sus profesores y sus amigos. Por esta relación de afecto, desarrollan un sentimiento de valor personal que se enriquece después con distintas retroalimentaciones (Feedback) positivas del entorno. Esta retroalimentación confirma al individuo sus fuerzas, sus cualidades y sus éxitos. Al recibir regularmente retroalimentaciones positivas, el niño interioriza la estima que tiene de sí mismo. La alimenta de forma intrínseca por medio de esas conversaciones que tiene consigo mismo y cuyo contenido puede ser positivo o negativo. Gracias a este dialogo interior que constituye un retroalimentación positiva personal emite un juicio favorable sobre su persona y alimenta su autoestima. Cuando el niño vive una prueba o sufre un fracaso, su autoestima puede tambalearse o disminuir temporalmente hasta que este dialogo interior positivo la reavive y la restablezca.

Hacia los 7-8 años, gracias al desarrollo del pensamiento crítico, el niño se vuelve más sensible a sus propias evaluaciones, que expresa verbalmente o en su dialogo interior. Juzga sus competencias en las materias que valoran las personas significativas para él. Puede decirse: “yo tengo esta cualidad, fuerza o talento para esto, pero, en cambio, encuentro dificultades en ésta y esta otra materia. Vivo

algunas limitaciones, pero a pesar de estas dificultades tengo un valor como persona". Así es como efectúa una evaluación global de su valor personal y puede también estimar su valía en cada uno de los terrenos de su vida, según sus propios criterios y el de las personas importantes para él. Por estos mecanismos, desarrolla una conciencia más clara de sí mismo y es capaz de transmitir su propia autoestima a otras personas. Sus actos, sus palabras y actitudes la confirman.

Para Dorothy (1998) menciona que la visión que de sí mismo tiene cada niño es el producto de la corriente de imágenes reflejadas que le llegan de muchas fuentes: el trato que recibe de los demás, el dominio físico que puede ejercer sobre sí mismo y sobre su entorno, y el grado de realización y reconocimiento que logre en terrenos importantes para él. Estas imágenes reflejadas son como instantáneas de sí mismo que él pegarse en un álbum fotográfico imaginario. Constituye la base de su identidad; y se transforma en su autoimagen o autoconcepto, o sea en sus respuestas personales a la pregunta ¿quién soy?

Al mismo tiempo que el niño recoge las descripciones que otros hacen de él, asimila también las actitudes que esos otros tienen acerca de las cualidades implícitas en tales descripciones.

Las palabras son menos importantes que los juicios que las acompañan.

Ningún niño puede verse a sí mismo en forma directa; solo lo hace en el reflejo de sí mismo que le devuelven los demás. Sus espejos moldean literalmente su autoimagen. La clave del tipo de identidad que el niño se construye se relaciona directamente con la forma en que se lo juzga. Por consiguiente, todo lo que ocurre entre él y quienes lo rodean es de importancia vital.

Otro aspecto importante en el desarrollo de la autoestima es el medio educativo, debido a que el niño se ve influenciado por los maestros, amigos y en general por el medio escolar, así el niño se compara con los demás provocando nuevos estándares de autoestima. Alcántara y Bazaldua (1996)

Gergen y Baner (1967), Nisbett y Gordon (1967), Zellner (1970) mencionan que la autoestima parece estar relacionada positivamente con la recepción y negativamente con la aceptación, es decir, las personas con baja autoestima tiene menos confianza en si mismos y se ven con menos capacidades, lo que les hace más dependientes de la opinión de los demás, pero a la vez parecen tener un menor interés por el mundo que los rodea. (citado en Morales 1998)

El desarrollo de la autoestima positiva es de suma importancia en el desarrollo del individuo para así poder afrontar problemas a lo largo de la vida y tener una buena valoración de sí mismo y evitar dañarnos emocional o físicamente como es de la obesidad entre otros.

2.5 Autoconcepto

Al hablar de la autoestima es importante hablar del autoconcepto, autores arriba mencionados nos dan la diferenciación entre estos dos conceptos. Hablando más acerca del autoconcepto diremos que son imágenes que tienen las personas sobre ellas mismas. Se componen de las creencias que poseen sobre sí mismas. Sus características físicas, psicológicas y sociales, sus aspiraciones y realizaciones, todos los autoconceptos incluyen imágenes físicas y psicológicas propias.

El autoconcepto se basa en lo que los niños creen que piensan sobre ellos, las personas significativas en sus vidas (padres, maestros y coetáneos), por lo que son imágenes de espejo. El autoconcepto primario se basa en la experiencia que tiene los niños en el hogar y se componen de muchos conceptos individuales, cada uno de los cuales se deriva de experiencias con diferentes miembros del grupo familiar. El autoconcepto secundario, se forma de las comparaciones que hace el niño de lo que piensan de ellos en su hogar con lo que piensan sobre ellos los maestros, los coetáneos y otras personas. Hurlock, (1982 citado en Badillo 2004 pp. 40).

El autoconcepto es la percepción que la persona tiene de sí mismo. García y Sánchez (2003 pp 81)

Por otra parte Byrne (1984) menciona que el auto concepto es “la percepción de nosotros mismos, en términos específicos, son nuestras actitudes, sentimientos, y conocimientos con respecto a nuestras capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social”. Así mismo Tamayo (1982) define el auto concepto como “un proceso psicológico cuyos contenidos y dinanismos son determinados socialmente”(citados en Valdez, 2001;pp. 20,21).

El enfoque interactivo plantea la configuración del autoconcepto como producto de factores biológicos, psicológicos y ambientales.

Susana Harler partiendo de la estructura jerárquica del autoconcepto incluye cuatro dimensiones las cuales son:

- ❖ La competencia que implica:
 - la habilidad cognitiva
 - la habilidad social
 - la habilidad física
- ❖ Poder o control
- ❖ Valía moral (familiar y escolar) conductas morales aceptables e inaceptables
- ❖ Aceptación por parte de los diferentes miembros de la familia y fuera de ella. (citado en García y Sánchez 2003)

El enfoque evolutivo dice que el autoconcepto surge a medida que el individuo va superando las distintas etapas del desarrollo. El autoconcepto experimenta

cambios evolutivos y cualitativos desde los primeros años de vida. L'Ecuyer, (1985 op. cit. pp 76).

Los diferentes elementos que constituyen el autoconcepto están determinados conforme a la edad por lo tanto el grado de importancia esta determinado según los diferentes momentos evolutivos. La estructura del autoconcepto depende del grado de valoración y credibilidad, las autor representaciones pueden ser positivas o negativas.

El autoconcepto integra tras dimensiones generales:

- ❖ Cognitivo o conjunto de rasgos que describen el concepto de sí mismo
- ❖ Afectiva, como conjunto de emociones y valores que acompañan a las descripciones del componente cognitivo
- ❖ Conductual, en la afirmación o búsqueda a través de la comparación que hace el niño de sí mismo con los demás la cual condiciona su vida diaria.

El concepto de si mismo depende de los tipos de experiencias significativas percibidas como positivas o negativas de la limitación de sus condiciones biológicas, psicológicas y socioculturales.

La construcción del autoconcepto según René L' Ecuyer determina la diferenciación de sí mismo con respecto al otro a partir de:

- ❖ Su propia imagen corporal
- ❖ Su posterior identificación
- ❖ Su vinculación con las personas más significativas y las experiencias que se producen de dicha convivencia.

Estos tres aspectos serán los que darán lugar a auto rrepresentaciones mas o manos positivas o negativas como fundamento del desarrollo de la confianza y la seguridad en sí mismo. (citado en García y Sánchez 2003)

Aurelio Villa y Elena Auzmendi (1999 op cit pp 86) dicen que son cuatro las características principales de este periodo evolutivo las que influyen estrictamente en la elaboración del autoconcepto:

- a) Autonomía
 - Sentimiento de independencia en los actos que realiza diariamente (por ejemplo vestirse)
 - Autovalía o percepción de sus diferentes niveles de ejecución.
 - Sentimientos de posesión de objetos y personas
- b) Confianza
 - Seguridad con respecto al medio
 - Familia, en cuanto a sentirse aceptado y querido
 - Sentimiento y estado de ánimo
- c) Evolución física
 - Aspecto físico
 - Competencia física
- d) Mundo escolar

- Aspecto académico
- Relaciones sociales con iguales y adultos

Otro aspecto importante en el desarrollo del individuo es el aspecto físico, como es que nos vemos a sí mismo y como creemos que nos perciben los demás. Por eso es importante hablar de la autoimagen.

2.6 Autoimagen

La autoimagen física se suele construir antes y se relaciona con el aspecto físico del individuo y la importancia de la partes diferentes del cuerpo para la conducta y el prestigio que le da la persona frente a los demás.

La autoimagen consiste en la capacidad de verse a sí mismo, no mejor ni peor, sino como la persona que realmente es. Merzeville (2004 pp 29)

Esto se entiende como un verse con claridad, semejante a como se ve un buen espejo, con nitidez, sin alterar la imagen de ninguna forma. De acuerdo con James Whittaker (op cit pp 538) “la persona bien adaptada tiene cierta conciencia de sus motivos, deseos, ambiciones, sentimientos, etc., incluyendo la capacidad para apreciar de una manera realista sus virtudes y defectos”. De manera que un individuo con una autoimagen positiva trata de estar consciente incluso de sus mismos errores. Como lo dice el Dr Nathaniel Branden, que señala que la estima propia “se expresa a sí misma en estar abierta a la crítica y en el alivio al reconocer los errores, porque la autoestima no está ligada a la imagen de ser perfecto. (op cit).

Por lo tanto lo que la autoimagen debe alcanzar consiste en la búsqueda del conocimiento propio que le permita al individuo crecer en su capacidad de percibir en forma equilibrada, tanto los elementos positivos como los elementos negativos de su personalidad.

Otro concepto que es importante mencionar de cómo se ve el individuo es el de Imagen corporal.

2.7 Imagen corporal

La imagen corporal...”se describe como la representación del cuerpo que cada individuo constituye en su mente”. Raich (2000 pp 23)

De acuerdo con Cash y Pruzinsky (1990); la imagen corporal se ha definido de muy diversas maneras, entre ellas se encuentra la que se considera una actitud hacia el propio cuerpo y en particular, hacia la propia apariencia. Así mismo, Gómez-Pérez Mitré (2001) define que la imagen del cuerpo puede concebirse como una configuración global, como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que en individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, entre ellas la sensación del cuerpo que se tiene desde la niñez temprana y que se modifica

continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos, por la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. Así mismo el cuerpo percibido tiene como referente normas de belleza y de rol, por lo que la influencia que tiene el contexto socioeconómico y el entorno cultural en la construcción de la imagen corporal, difiriendo según la edad, el género y otras variables.

Por su parte Garner (2002) define a la imagen corporal como la presentación que la persona tiene acerca de la apariencia física de su cuerpo. Mientras que para Shonfeld (1977) la imagen corporal es la representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo, ya sea reales o imaginarias. Citado en Badillo (2004 pp 44)

Grinder (1987) señala que en las ciencias sociales se considera que la imagen corporal surge de la interacción social, por lo que parece que la imagen corporal que posee el adolescente es producto de experiencias reales y fantasiosas, que proviene de su propio desarrollo físico, del resalte que los compañeros dan a los atributos físicos y a las presiones culturales. Badillo. (Op.cit pp 45)

La autora de la perspectiva neurológica de la imagen corporal menciona que constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical: miembro fantasía. Este padecimiento se da en algunas personas a las cuales se le han amputado alguna parte del cuerpo y siguen sintiendo dolor en donde ya no tiene ese miembro.

También da una concepción dinámica la cual define a la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo.

Además nos da lo que algunos enfoques psicoanalíticos entienden por imagen corporal y dicen que es el límite corporal percibido por cada sujeto. Algunos autores notaron que variaba respecto a la definición que describía a sus límites corporales.

Aquí se destacan dos hechos importantes:

- a) el cuerpo es el único objeto que se percibe y al mismo tiempo forma parte del sujeto preceptor
- b) la percepción de sujeto es intensa y diferente en cuanto perciben cualquier objeto externo, implicándose en sus sentimientos. Raich (2000 pp 24)

Según Rosen (1992 citado en op cit) la imagen corporal es un conjunto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Aquí se contemplan los aspectos perceptivos, subjetivos (satisfacción o insatisfacción, preocupación, evolución cognitiva, ansiedad) y aspectos conductuales.

Es importante hablar de estos conceptos ya que interviene en la personalidad de los individuos con problemas de obesidad.

Muchas personas que presentan baja autoestima, tiene un autoconcepto pobre de sí mismas y la imagen corporal es deficiente, esta poca valoración de si pueden desencadenar la obesidad en las personas o bien la falta de cuidado en cuanto a su imagen. A pesar de quererse ver bien hacen todo lo posible por seguir con obesidad trayendo consigo diversas enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial, problemas musculares, además de grandes problemas cardiovasculares. En algunos casos esto hace que las personas tomen conciencia de su salud, pero en otros desencadena grandes problemas depresivos lo que genera que su autoestima siga deteriorándose. A estos problemas de salud se le pueden agregar la gran cantidad de anuncios publicitarios que venden la idea de que sólo un cuerpo delgado puede dar la felicidad y la aceptación de una persona y que sólo para ellos hay grandes oportunidades en cualquier aspecto de su vida. La persona con obesidad siente cada vez mas rechazo social por su apariencia.

Las personas que tiene un sentido de la autoestima basado en la aprobación externa y la apariencia física, tiene mayor probabilidad se padecer algún tipo de trastorno alimenticio, debido a que son más susceptibles a las presiones sociales en donde la obesidad no es parte de la belleza ideal. Gómez-Pérez-Mitre y Saucedo (1998).

La apariencia y la capacidad física son dos grupos de variables utilizadas para caracterizar la dimensión física de la autoestima. Entre las variables citadas en esta categoría se vinculan la imagen corporal, la atracción, la apariencia física y el autoconcepto físico.

En cuanto al área física la apariencia es lo que les interesa a la mayoría de los adolescentes.

La imagen corporal se forma en cierto grado como una función de las apariencias corporales definidas según la cultura. Debido a esto la autoestima de las niñas pueden verse influida en cierto grado. Según el planeamiento de este autor la imagen corporal y una pobre autoestima es particularmente notable en las niñas durante la adolescencia ya que los cambios físicos en esta etapa son muy ostensibles y las niñas son confrontadas con lo establecido culturalmente. Sumián & Daniluk, (1997 citados en Ríos op.cit 37-38)

La obesidad sigue siendo un problema de salud aún poco entendido por la complejidad de sus causas, a pesar de que se han creado diversos programas encaminados a la prevención estos no han tenido el éxito esperado ya que se continua con la práctica de la medicina curativa dado que las instituciones de salud en su mayoría tienden a biologizar al paciente dejando aún lado los aspectos psicológicos que genera esta enfermedad lo cual repercute un costo elevado por la atención de los pacientes que ingresan a los hospitales por enfermedades crónico degenerativas causados por la obesidad.

El autor Álvarez (1998) nos habla de la obesidad y la autoestima en su libro y hace preguntas como si alguien podría desconocer su obesidad? O podría una persona no darse cuenta de que su peso, el volumen, su figura son diferentes al resto de la gente? Y comenta que alguien podría decir que no, porque el volumen de un enfermo obeso es más que suficiente para que todos sepan, comenzando por él mismo, que tiene el defecto; pero la realidad es que hay enfermos que no ven su obesidad. Cuando un obeso no conoce su problema, poco podrá hacer para corregirlo. Pero además hay algo muy importante: muchos obesos conocen que lo son, pero desconocen cuáles son los efectos que la obesidad causa en su salud, los daños que ocasiona el exceso de grasa en el corazón, pulmones, hígado, riñones, huesos y músculos y eso hace que minimice el problema, ignorando la gravedad del padecimiento. Aquí el autor nos está hablando de la etapa del conocimiento.

En la etapa de la comprensión del obeso es donde el problema de la autoestima se agrava. Este conoce su exceso de peso pero no entiende que pasa y aquí surgen diversas excusas que deducen los enfermos que su problema proviene de cualquier lado, menos en sí mismos. La realidad es que cualquier individuo, que consume más energía de la que gasta, acumulará ese exceso como grasa y estos la obesidad y todas las circunstancias que pasan en la vida de la persona como los embarazos, las penas, enfermedades son fortuitas para la obesidad pero el enfermo las acepta como verdaderas, y así su autoestima no puede desarrollarse sanamente.

El proceso de la aceptación es obvio para la formación de la autoestima y en esta etapa sucede en el obeso un fenómeno muy peculiar: por un lado no acepta su obesidad ya que no la entiende bien y, por otro lado, juega con sus sentimientos renunciando a cualquier acción para corregir el defecto que tanto le afecta. Si no acepta su obesidad y no la entiende, nunca podrá tomar el camino correcto para superarla.

La aceptación del problema es fundamental y el enfermo debe aceptar que es obeso sencillamente porque la cantidad de calorías que come es mayor que la que gasta por lo que el excedente se acumula como grasa. Esta aceptación tiene gran trascendencia, porque pone el problema en su lugar (en el paciente y no fuera de él) y la solución en su sitio (en el propio paciente).

En el proceso de respeto cuando un enfermo se sabe obeso, que su problema es una enfermedad, que como tal requiere un diagnóstico preciso y un adecuado tratamiento, se tiene respeto a sí mismo.

El respeto en el enfermo obeso se pierde porque éste, sin saber qué tiene, por qué está gordo, qué debe hacer, acepta que lo traten como ser humano de segunda clase y él mismo se siente impotente, incapaz, inútil, y sobre todo, imposibilitado para resolver su obesidad.

En el proceso de amor o de autoaprecio, está muy deprimido o francamente, nulo. Es triste ver a los obesos que se comportan como inválidos o discapacitados, y la falta de amor y cariño de sus familiares y compañeros se asocia la falta de amor y aprecia de ellos mismos, no aman a su cuerpo y a su persona.

El autor hace otra interrogante ¿cuál es la consecuencia de esta falta de autoestima en el enfermo obeso? y comenta que vive triste y su tristeza se ve en la mirada, en la postura, en su actitud hacia los demás. La tristeza puede disfrazarse de euforia, o de comicidad, el obeso puede contar chistes, hacer gracejadas, aun burlarse de sí mismo, pero en el fondo está triste; espera de los demás engaño, menosprecio y desprecio, agresiones y violencia, desconfía de todos o de casi todos.

El obeso vive en soledad y aislamiento; por supuesto que no le gustan las fiestas, no quiere ir con amigos, tampoco a la playa, o de vacaciones, e inventa mil pretextos para no ir. Esta soledad y aislamiento puede reflejarse en su casa, o más frecuentemente en su recamara, que será si guarida, en la que habrá tanto desorden como en su mente atormentada.

Es obeso siente envidia y celos de los demás, que puede manifestar con agresividad o rencor y tal vez, disfraza con buenas maneras y atenciones solícitas a los demás, rechazo por todos los que le rodean, se siente en un pozo sin fondo, en un túnel sin salida, en fin, en un mundo que no le pertenece.

El autor cuestiona si es verdad que hay tantos problemas solo por la obesidad o no será que el enfermo tiene problemas graves en la mente y por eso es obeso?

Y comenta que es cierto que hay obesos neuróticos, incluso enfermos psiquiátricos, pero la mayoría tiene todos los conflictos precisamente por su obesidad, es decir, ésta es la causa y no la consecuencia de sus problemas psicológicos y de su autoestima devaluada o ausente. (op cit)

CAPITULO 3

ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS RELACIONADAS CON LA OBESIDAD

3.1 Diabetes

"La diabetes es una enfermedad que consiste en la elevación sostenida de los niveles de glucosa en la sangre (azúcar), produce daño en diferentes órganos, incluyendo riñón, retina, sistema nervioso y en los vasos sanguíneos donde produce una aterosclerosis acelerada con la consecuente obstrucción" Aldrete (2004)

"La diabetes mellitus es una enfermedad que se caracteriza por la falta o disminución del efecto de la hormona insulina que se produce en el páncreas. La insulina es imprescindible para que los nutrientes de los alimentos se aprovechen y proporcionen al cuerpo la energía que requiere para funcionar adecuadamente y entre otras permitir el crecimiento y desarrollo de un niño". Nishimura (2005)

"La diabetes mellitus es un desorden metabólico caracterizado por niveles elevados de azúcar (glucosa) en la sangre como resultado de una producción defectuosa de insulina, de la acción de ésta sobre la glucosa o de las dos cosas. (La insulina es la hormona que secreta el páncreas y su función es absorber de manera adecuada los nutrientes dentro de las células)". Alonso G. (2005).

"En 2006 la asamblea general de las Naciones Unidas aprobó la resolución 61/225 que reconoce la diabetes como una enfermedad crónica debilitante y costosa que tiene graves complicaciones y conlleva grandes riesgos para las familias, los estados miembros y el mundo entero y designó el 14 de Noviembre como Día Mundial de la Diabetes" Botello (2008)

Los factores de riesgo de padecer esta enfermedad se dividen en modificables y no modificables, los cuales se explican a continuación.

Factores modificables

a) Alimentación.- Una dieta alta en grasas de origen animal, azúcares, harinas refinadas limita el consumo de proteína y fibra lo que se refleja no solo en el incremento de peso, sino en la elevación de colesterol y triglicéidos.

b) Sedentarismo.- La falta de ejercicio físico debido al estilo de vida de nuestra sociedad actual en donde las personas tienen largas jornadas de trabajo y su actividad física es limitada.

c) Obesidad.- Es el resultado de la interacción entre la alimentación y el sedentarismo, que se reflejan con un IMC mayor de 25 y un perímetro abdominal mayor de 90cm.

Factores no modificables:

a) Antecedentes familiares.- El hecho de tener algún familiar cercano con diabetes mellitus, sobre todo si se trata del padre o madre.

b) La Raza.- La enfermedad se presenta con mayor frecuencia en las personas de origen hispano, afroamericano e indoamericano.

c).- Edad.- El padecimiento se presenta con mayor frecuencia en personas de 45 años o más, sin que por ello dejen de considerarse a quienes tienen 20 años, pero con uno o varios factores de riesgo.

d) Hipertensión arterial.- Por lo regular la diabetes va de la mano con la hipertensión arterial cuando ésta es igual o mayor a 140/90 mm/Hg

e) Tamizaje positivo.- Al realizar la detección oportuna de diabetes a través de reactivos existentes en las Unidades de medicina familiar, si la cantidad de glucosa es igual o mayor de 110mg/dl es considerada como anormal. Alonso (Op. cit)

De tal forma que entre más factores de riesgo existen, se incrementan las posibilidades de padecer esta enfermedad y quienes la tienen en la mayoría de las veces pueden presentar alteraciones en las funciones de los ojos, riñón, nervios, corazón y circulación.

La diabetes se inicia debido a que el consumo de alimentos ricos en grasa y azúcar son un estímulo fuerte para que el páncreas produzca insulina. Este se encuentra detrás del estómago y responde produciendo cantidades considerables de insulina que facilitan la entrada de energía a los tejidos entre los que destacan los músculos y si estos no trabajan suficiente, la energía se va almacenando en forma de tejido grasoso debajo de la piel y alrededor de los órganos en el abdomen, de tal manera que cuando el tejido grasoso se torna grueso obstaculiza la función de la insulina, lo que se conoce como “resistencia a la insulina” y que significa que hay suficiente producción de insulina, pero no realiza su función de tomar azúcar y favorecer su consumo por los músculos, lo anterior genera que el páncreas continúe elevando la cantidad de insulina para mantener la glucosa en niveles normales.

Cuando esta situación se mantiene por varios años y la persona continua con abusos en cuanto a la alimentación y omitir ejercicio físico llega el momento en que el equilibrio se rompe y ante la presencia de un susto, gusto o disgusto se eleva la adrenalina la cual obstaculiza el trabajo de la insulina y en consecuencia la glucosa se eleva y ya no es suficiente la compensación que realiza el páncreas. Velasco (2004)

La diabetes se clasifica en:

Diabetes tipo I.- En esta las células del páncreas que secretan insulina se destruyen por lo que es necesario la aplicación diaria de insulina, este tipo de diabetes predomina en niños y jóvenes, también se le conocía como diabetes

juvenil, la cual no es tan frecuente en México, sin embargo se calcula que existen alrededor de 50 mil niños y adolescentes con esta enfermedad.

Diabetes tipo II.- En éste tipo de diabetes los niños o adultos afectados por la enfermedad aún producen insulina, en menor cantidad, funciona de manera insuficiente, esta es la que más predomina en la población adulta con problemas asociados como es la obesidad, la poca o nula actividad física y la mala alimentación. Nishimura (op. cit).

En la actualidad, la organización mundial de la salud estima que existen alrededor de 150 millones de personas en el mundo que son enfermas de diabetes, por lo que es considerada como la epidemia de éste siglo y se cree que para el año 2050 habrá casi 300 millones de personas con éste padecimiento.

En el IMSS la diabetes mellitus ocupa el segundo lugar entre los motivos de demanda de atención médica en las unidades de medicina familiar y en la consulta de hospitales de 2do. nivel ocupa el primer lugar. Lo cual repercute de forma social y económica. Alonso (op.cit), Velasco (op. Cit.). Mejía (2007)

3.2 Hipertensión arterial

La hipertensión arterial o incremento de la presión sanguínea es una de las principales causas de atención médica en México por su frecuencia en la población así como por las complicaciones relacionadas con ésta. También es conocida como el “asesino silencioso”, debido a que en ocasiones no presenta síntomas, sin embargo algunos de los atribuibles son el dolor de cabeza, zumbidos de oídos, ver lucecitas, aunque estos se presentan en personas que no padecen éste problema, lo cual genera que la enfermedad no sea diagnosticada en forma oportuna, sino hasta que ya se presentan complicaciones como los siguientes problemas:

Cardiacos, (básicamente angina de pecho o infarto). Cuando los vasos coronarios que alimentan al corazón se ven afectados por la hipertensión arterial, el corazón debe trabajar más para mantener el flujo de la sangre en los tejidos, lo que ocasiona que el corazón aumente su tamaño en consecuencia bombeará menos y los líquidos quedarán estancados en el organismo.

Cerebro vasculares (embolia o hemorragia cerebral). Cuando la arterioesclerosis afecta a los vasos cerebrales, bloquea el flujo de sangre y se forma un coágulo (trombo) u ocurrir una ruptura (hemorragia cerebral)

Arterioesclerosis Los vasos sanguíneos se hacen gruesos y son menos flexibles, las grasas en exceso corren en la sangre, reduciéndose de esta forma el flujo de la sangre hacia los riñones, los cuales responden liberando una hormona llamada renina la cual eleva la presión arterial y dañando todavía más los vasos sanguíneos

Renales (insuficiencia renal). Una quinta parte de la sangre que bombea el corazón va hacia los riñones, los cuales tienen la función de filtrar los productos de desecho para mantener el equilibrio químico y el de ácidos, sales y agua. De tal forma que si el flujo de la sangre disminuye las arterias se constriñen, la presión arterial se incrementa para que el flujo sanguíneo se normalice estableciéndose así un círculo que puede desencadenar en una falla renal.

Vasculares periféricos (que pueden provocar amputaciones)

El riesgo de que se presente esta enfermedad aumenta con la edad, En individuos de entre 20 y 29 años de edad se presenta en 1 de cada 8 personas, entre 45 y 49 años, 1 de cada 3 personas presenta la enfermedad, mientras que en sujetos de 60 años en adelante más de la mitad la padece.

Sin embargo existen medidas preventivas entre las que destacan: la disminución de peso en caso de que exista sobrepeso u obesidad, disminuir el consumo de alcohol, incrementar la actividad física, reducir el consumo de sal, consumir, potasio, calcio y magnesio los cuales se encuentran en los vegetales y frutas, evitar el tabaco y limitar el consumo de grasas saturadas, considerados como factores de riesgo modificables y que el propio paciente puede controlar. Escobedo (2004), Gómez (2001)

3.3 Cáncer de mama

"El cáncer es el crecimiento incontrolado de células anormales que mutaron a partir de células de tejidos normales. Este crecimiento fuera de control puede ser mortal cuando se altera la función normal de los tejidos y órganos vitales locales o distantes".

En México el cáncer ocupa la segunda causa de mortalidad, se estima que para el siglo XXI uno de cada tres hombres y una de cada cinco mujeres padecerán algún tipo de cáncer. Entre el 85% y 90% de estas neoplasias serán esporádicas lo que significa que es la consecuencia de la acción de factores exógenos entre los que destacan una alimentación inadecuada, consumo de tabaco o alcohol.

Los síntomas del cáncer dependen del tipo y ubicación del tumor, pero se observan con frecuencia pérdida de peso, falta de apetito, fatiga, falta de energía y dolor en grados diferentes. Valdespino (2004).

Las recientes investigaciones permiten identificar factores de riesgo modificables entre los que se encuentran el consumo de alcohol, sedentarismo (asociado con el cáncer de mama, colon y otros) y la obesidad (asociado con cáncer de colon, mama, endometrio).

El cáncer de mama es frecuente en aquellas mujeres que no se embarazaron o en quienes lo hicieron después de los 35 años de edad, en las que no amamantaron y en quienes presentaron una menopausia después de los 48 años de edad, son obesas o tienen antecedentes familiares directos con el cáncer de mama. La

presencia del tumor, así como las ulceraciones no dolorosas de la areola y la inflamación amplia no dolorosa de la mama son datos sospechosos de este padecimiento.

Por lo anterior la mujer debe practicarse una vez al mes la autoexploración de mama a fin de detectar alguna “bolita”, una revisión médica al año así como una mamografía cada dos años, consideradas como medidas preventivas. Valdespino (2005)

3.4 Insuficiencia venosa (varices)

Los factores que intervienen en la presencia de las várices son los siguientes:

- 1.- Bipedestación:- Parte del proceso evolutivo en donde el hombre fue tomando una postura erguida hasta estar totalmente de pie, con lo que se incrementó la presión hidrostática en la que el sistema venoso tiene que luchar para retornar y regresar la sangre hacia el corazón.
- 2.- Herencia.- La gran mayoría de los médicos coinciden en que el factor genético influye en la presencia de várices.
- 3.- Sexo.- La enfermedad venosa es cinco veces mayor en las mujeres lo cual se explica por la influencia de las hormonas sobre el sistema nervioso
- 4.- Ciclos menstruales.- Estos actúan sobre el tono venoso a través de las dos hormonas fundamentales: estrógenos y progesterona. En la fase estrogénica predomina el tono venoso debido al estímulo constrictor de los estrógenos, mientras que en la fase progestacional aplica una acción vasodilatadora de las venas lo cual provoca dolor de piernas.
- 5.- Embarazos.- El incremento de la progesterona influye en los trastornos venosos debido a la vasodilatación de esta sobrecarga, así como la tendencia a aumentar de peso durante el embarazo.
- 6.- Obesidad.- Este factor es común tanto en hombres y mujeres, pero ésta última padece la enfermedad con mayor intensidad debido al sobrepeso y obesidad que le dejan los embarazos.
- 7.- Menopausia.- Cuando se genera la caída de hormonas y se incrementan otras, folículo – estimulantes provocan la dilatación de las venas.

Para prevenir las várices es importante modificar los factores de riesgo como es la obesidad, permanecer de pie durante mucho tiempo, reducir el número de embarazos y realizar ejercicio físico todos los días. Bravo (2005).

3.5 Dislipidemias

”Las dislipidemias son un conjunto de enfermedades que se caracterizan por presentar niveles altos de triglicéridos y colesterol y bajos niveles de lipoproteínas de alta densidad (colesterol bueno). Las dislipidemias son el origen de la

ateroesclerosis, (es decir, de la acumulación de grasa dentro de las arterias, con la consecuente obstrucción del flujo de la sangre) la cual es responsable de la progresión y complicación de padecimientos como diabetes mellitas, hipertensión arterial y trastornos vascular – cerebral, enfermedades que ocupan los primeros lugares de morbi – mortalidad en México y en el mundo”. Chávez (2007)

La obesidad está considerada como un factor de riesgo en las enfermedades cardiovasculares relacionada con las dislipidemias por lo que se recomienda disminuir las porciones de grasa saturada (mantequilla, manteca, todas las de origen animal) y la práctica de ejercicio físico. Chávez (Op. Cit).

3.5.1 Elevación de colesterol

”El colesterol es una sustancia cerosa que el cuerpo fabrica y utiliza para proteger los nervios, hacer tejidos finos de las células y producir hormonas. Se encuentra en la carne, la yema del huevo, algunos mariscos y los productos lácteos enteros” Acosta (2008)

”El colesterol es una sustancia bioquímica que es necesaria para el buen funcionamiento del organismo, por su presencia se forman membranas celulares, vitamina D, hormonas y ácidos biliares, los cuales ayudan a digerir las grasas, sin embargo el exceso de colesterol incrementa un riesgo alto de presentar un problema cardiaco. El ideal de colesterol total debe ser menor de 200 mg/dl, como límite entre 201 y 240 mg/dl, considerándose elevado a partir de 241 mg/dl. Aldrete (2004)

El colesterol se genera a partir de dos fuentes:

- 1. Fuente endógena.-** Responde a la producción del mismo organismo, básicamente en el hígado y representa entre el 60% y 80% del colesterol total.
- 2. Fuente exógena.-** Es proporcionada por los alimentos que se consumen. De tal manera que las altas concentraciones de colesterol se deben al consumo o producción en exceso de esta sustancia, especialmente en personas con problemas de obesidad, tendencia genética, sedentarias, situaciones que contribuyen al aumento de colesterol

Al inicio de la enfermedad se forman depósitos de grasas conocidos como “estrías grasas”, cuando el colesterol continua incrementándose, estos depósitos también aumentan su tamaño y suelen ser riesgosos porque pueden obstruir las arterias y disminuir el flujo de sangre hacia los órganos vitales como el corazón. Aldrete (Op.cit)

3.5.2 Elevación de triglicéridos

Un nivel alto de colesterol (lipoproteínas de alta densidad) genera que los triglicéridos se acumulen de tal forma que un exceso de colesterol en la sangre puede causar una embolia o ataque al corazón.

Estos padecimientos generan un importante deterioro en la calidad de vida de quienes los padece, así como un ingreso económico individual que repercute en la familia y que se refleja en el incremento de días de incapacidad en el caso del trabajador y pensión por invalidez generados por alguna de estas enfermedades y como se ha venido mencionando en todos estos padecimientos la obesidad es un común denominador. López (2007)

Por otro lado es importante mencionar que al inicio de cualquier enfermedad crónico degenerativa, el sujeto enfrentará el diagnóstico como un evento trágico, debido a que la salud física está sumamente relacionada con la salud emocional, y el sujeto tendrá que adaptarse al malestar, dolor y pérdida del control físico, de los cambios en su apariencia debido a la enfermedad lo que le ocasionará sentimientos de impotencia, ambivalencia, coraje, culpa y temor, Así como el miedo hacia las complicaciones propias de la enfermedad lo que en ocasiones le provocará:

- a).- Aislamiento social ya que no visita a sus familiares y amigos, el recibir ayuda le resulta humillante y el individuo solo se siente comprendido por quienes han pasado por la misma enfermedad.
- b).- Sensación de ser una carga.- ante esta situación la familia es considerada como la principal red de apoyo en la salud emocional del individuo, ya que esta posee una ilimitada capacidad de adaptación de nuevos estilos de vida.
- c).- Duelo.- derivado de la pérdida de la salud así como por las funciones y hábitos a los que estaba acostumbrado y se verá forzado a renunciar, es decir a buscar una calidad de vida. Arroyo (2005)

Como se mencionó la obesidad está estrechamente relacionada con estos padecimientos, y su presencia debe ser tratada a través de una modificación de estilos de vida en donde se incluye la alimentación y el ejercicio.

La Sociedad Mexicana de nutrición y endocrinología (SMNE) consideran que antes de iniciar el tratamiento para la reducción de peso como medida preventiva en la aparición de los padecimientos arriba descritos, el médico debe valorar los diagnósticos de depresión, ansiedad, trastornos por atracón, trastornos de la personalidad, alteraciones emocionales, la disminución de la autoestima, alteraciones de la imagen corporal y la estigmatización social que pueden influir en el control del peso y que debido a la presencia de estas existe una pobre adherencia a las propuestas de tratamiento, para lo cual la participación del equipo multidisciplinario en donde se debe incluir a médicos, trabajadores sociales, psicólogos y nutricionistas es sumamente importante.

Los pacientes diabéticos, hipertensos, así como sus familiares necesitan educación en los tres niveles de atención médica por parte de todo el equipo de salud involucrado, ya que esta es la clave para que cualquier persona obesa no se deje llevar por los “productos milagro” (lo que finalmente no solucionará el problema, le ocasionará frustración y otras enfermedades), y tome conciencia de que la obesidad no se cura y que su control es una lucha constante que dura toda la vida. Arellano, Bastarrachea (2004).García (2004), Vázquez (2004), Ovalle (2004), García (2004), López (2005), Saavedra (2001)

CAPITULO 4 TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Hoy en día es muy común hablar de los Trastornos de la Alimentación y de lo mucho que afecta a la salud. En un principio eran considerados solo un problema de mujeres. Sin embargo, en los últimos años se ha reportado un aumento en la incidencia de trastornos de conducta alimentaria (TCA) en varones, señalando que representan aproximadamente 10% de los casos femeninos. Clarkson, Riedl, (1997), Crispo, Figueroa, Guelar (1996), O'Dea, Abraham (2002), Woodside (2002), así como la presencia de TCA en niños de ambos sexos, con un rango de edad de 7 a 9 años. Al-Adwy (2002); Edlund, Halvarsson, Sjoden, (1996), Ricciardelli, McCabe (2001) (citados en Mancilla y Gómez 2006.)

Este problema de salud es generado por muchos factores, entre ellos encontramos la obesidad, la baja autoestima, trastornos de la imagen corporal, dependencia, depresión, entre otros factores.

Los TCA generalmente aparecen durante la adolescencia temprana hasta la juventud, pero también sea encontrado casos en donde personas de edad adulta la padecen sin que en la adolescencia.

Los TCA han sido definidos como aquellos procesos psicopatológicos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos, respecto de la ingestión de alimentos, cuya base se encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal y de un miedo intenso a la obesidad. Mancilla y Gómez (2006)

Gáfaró (2001) dice que un comportamiento alimenticio de una persona se rige por hábitos regulares para ingerir sus alimentos, es decir, qué come, cómo come, con quién come, en donde come, es decir que el comportamiento alimenticio de una persona incluye todas las relaciones que ella establece con la comida.

Una persona sana y en condiciones normales ingiere tres comidas diarias y a veces incluye dos comidas más pequeñas intercaladas entre las mayores. El ideal de estas comidas es que contengan todos los grupos alimenticios como proteínas, vitaminas y carbohidratos en cantidades equilibradas de acuerdo a lo que la persona requiera.

Pero en muchas ocasiones las personas no tienen un comportamiento alimenticio normal porque no comen lo suficiente o lo hacen en exceso no comen lo adecuado.

“Por lo general las personas no que tiene un comportamiento normal o común con la comida debido a alguna enfermedad son las que presentan un trastorno del comportamiento alimenticio”. Para el término de trastorno significa “alterar el orden regular de un hecho, en este caso el de comer, no por voluntad propia sino motivada por una enfermedad”. Op cit (pp 2).

Para el DSM-IV son tres los trastornos del comportamiento alimenticio reconocidos, ellos son la Anorexia Nerviosa (NA), Bulimia Nerviosa (BA), y otros desordenes no especificados.

Los tres trastornos están definidos como “enfermedades psiquiatricas con complicaciones físicas, es decir que afectan el estado normal del cuerpo poniendo en riesgo la salud física y mental” (pp 3)

Mancilla-Díaz y colaboradores (2004) (citado en Mancilla y Gómez 2006), con el propósito de estimar la prevalencia de los TCA en mujeres mexicanas, realizaron un estudio en dos muestras comunitarias, en donde obtuvieron como resultado del estudio que en la muestra de 1995 la prevalencia de bulimia y trastorno de la conducta alimentaria no especificado fue de 0.14 y 0.35% respectivamente y en el 2001 de 0.24 y 0.91% en ninguna de las dos muestras evaluadas se encontraron casos de anorexia.

Los TCA están relacionados con rasgos obsesivos, histéricos e impulsivos, así como la presión que ejerce el medio ambiente para que una mujer se mantenga delgada, es decir se trata de un trastorno multifactorial, entre los factores presdisponientes para un TCA se encuentran las características de la personalidad, trastornos perceptivo-conceptuales, la tendencia a engordar, los patrones familiares patológicos de interacción, las características de la personalidad de los padres y las actitudes y preocupaciones de estos hacia el peso, forma de cuerpo y el control.

Los preescolares desde los cinco años, ya han desarrollado una actitud negativa hacia la obesidad, una respuesta típica de las sociedades de estos tiempos; también es evidente que el temor y el rechazo a la gordura se gestan desde edades muy tempranas, lo que da a la sociedad con el tiempo rasgos lipofóbicos. Esta actitud es una pre recurrente necesaria (aunque no suficiente), primero para que aparezcan factores de riesgo para que se desarrollen TCA. En la literatura internacional, con resultado similares, Kirkpatrick, Sandres (1978), se encuentra documentada esta problemática en niños pequeños, informan que los niños tan jóvenes como los de sus muestras atribuyen características negativas, (“perezoso”, “sucio” y otros similares) a figuras endomorfas (gruesas), contrario a los adjetivos positivos que adjudican a figuras más delgadas.

Es claro que la presencia de las actitudes negativas hacia la obesidad en los primeros años de vida tiene como pre recurrente inmediata a la familia, en especial a la madre; dicho de otra manera la madre es la principal agente de socialización. Mancilla y Gómez (2006)

Uno de los factores más comunes en la actualidad son los medios publicitarios en donde proyectan la imagen de una mujer exitosa y segura de sí misma por una principal razón, tener un cuerpo delgado, bueno en realidad muy delgado y en los

mensajes que manejan dan a saber que solo las mujeres con un cuerpo así pueden obtener lo que quieren.

Los factores de riesgo en el campo de TCA, se han dividido, para efectos de su investigación, en cuatro grandes grupos: 1) aquellos asociados con imagen corporal y satisfacción/insatisfacción; alteración: sobreestimación/subestimación; preocupación por el peso corporal y por la comida, actitud hacia la obesidad/delgadez; autoatribución de objetivos positivos/negativos; autopercepción subjetiva del peso corporal, introyección de una figura ideal delgada, peso deseado y atractivo corporal ligado a la delgadez, entre otros. 2) los que están relacionados con conducta alimentaria, siendo los más importantes el sentimiento de dieta restrictiva y el comer compulsivo; otras conductas de riesgo en este rubro son hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, omitir alguna de las comidas principales (desayuno, comida o cena), disminuir o evitar alimentos considerados de altos contenidos calóricos; consumo de productos "light". 3) aquellas relacionadas con el cuerpo real o biológico: peso corporal y talla o estatura (IMC), madurez sexual, precoz o tardía. 4) practicas compensatorias como ejercicio excesivo (10 horas o más a la semana) y uso de algunos de los siguientes productos con el propósito de control de peso: inhibidores de hambre, laxantes, diurético y consume excesivo de agua (más de dos litros al día) y fibra Gómez-Perezmitre (2001 citado en Mancilla y Gómez 2006).

La mayoría de los adolescentes y adultos suelen hacer dieta no por salud o bajar el colesterol sino por tener un figura de televisión.

El origen de los TCA se han asociado con acontecimientos estresantes en alguna época de la vida en el que el sujeto es más susceptible de padecerlos como pueden ser, abuso físico, psicológico o sexual, sobreprotección, control excesivo, carencias de figuras de autoridad o reglas establecida y con fenómenos ambientales determinantes como son los medios de comunicación, modas, estereotipos, prototipos de belleza y con rasgos de carácter que dificultad el manejo de estresantes y las influencias emocionales (baja autoestima, inestabilidad emocional, conductas obsesivas. González (2003)

De acuerdo con Feinstein S y Soroki A. (1988) son 3 los factores que hacen que una persona tenga un TCA, menciona que el primero son los factores predisponentes como la sociocultura, la familia y factores individuales es decir que hay elementos en el contexto sociocultural en el que estamos inmersos y en las características individuales del sujeto, en las de su familia que preparan el ánimo de una persona de tal manera que pueden prosperar más fácilmente la idea de dedicarse al culto de la figura o al control del peso corporal.

En los factores precipitantes puede ser cualquier elemento estresante que aparezca a la decisión de comenzar con dietas para tener el control que desean tener.

En los factores perceptuales menciona que es como una bola de nieve, una vez que comienza a bajar por la montaña, se va agrandando sola, por el mero hecho de ir arrastrando a su paso todo lo que encuentra, independientemente de los motivos por los que haya comenzado.

Esta idea la resume así: “una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un trastorno de la alimentación cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales.

- Un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital (adolescencia por ejemplo) en un terreno fertilizado por dietas y actividades extremas respecto al peso y figura, precipita el problema
- Pero la perpetuación del trastorno –además de lo que puede haberlo disparados en un comienzo y mas allá de eso- está estrechamente relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer en sí mismo” Feinstein S y Sorok A. (pp 53)

Los TCA se desarrollan por lo general en el periodo que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud debido a que es un periodo de numerosos cambios como a nivel sexual, corporal y físico.

Estos factores se potencializan si a la vez dentro de la personalidad del individuo hay inseguridad propias de la edad, se vuelve “víctima fácil de una sociedad que premia a la delgadez y excluye del éxito a los que no tienen el cuerpo ideal.

Evidentemente es mas alto el porcentaje en mujeres que en hombres que pueden padecer algún TCA debido a que dentro de la sociedad comunica diariamente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, los medios refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa a través de la imagen corporal.

De acuerdo con el modelo sociocultural, la insatisfacción corporal ocurre si un individuo internaliza el cuerpo ideal, determinado por la cultura, y mediante comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal. Sin embargo, los resultados de estudios epidemiológicos nacionales e internacionales han mostrado que en la gran mayoría de los adolescentes que se encuentran insatisfechos con sus cuerpos, pocos tienen sobre peso Bunnell 1992; Gómez-Peresmitré, 1993 citado en Mancilla y Gómez 2006).

Las personas con problemas de la imagen corporal, más que tener problemas con su cuerpo real, los tiene con un cuerpo imaginario y este se convierte en el valor más importante, lo que conduce a las características psicológicas de los TCA, como deseo sobrevalorado y obsesivo de la delgadez extrema y pánico a engordar, ideas negativas y repetitivas en torno a las cuales se despliega conductas altamente riesgosas para la salud (dietas restrictivas, ayunos, ejercicio excesivo, consumo de diuréticos, anoréxicos, laxantes, vómito autoinducido, etc).

Cuando los cambios corporales no son aceptados o no se tolera estar en un tiempo de transición con la inestabilidad propia del proceso de adolescente también la persona se vuelve vulnerable a padecer algún TCA.

Generalmente afecta a jóvenes que están muy propicias a quedarse estancadas en la niñez por su temor a crecer y a manejar su independencia y lo que eso implica. Ese cuerpo que inevitablemente transmite que ya a dejado la infancia representa para muchas jóvenes una realidad intolerable. O bien afecta a chicas que perciben claramente el temor de sus padres a que se vuelvan autónomas y sufren en realidad por la falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar en el mundo adulto. El adolescente tiene la sensación de no tener su vida bajo control por lo cual mediante el TCA no tiene que dejar de ser niña por que sus padres todavía pueden cuidarla como tal y no tiene que hacerse cargo de un cuerpo de mujer porque el que tiene se mantendrá como el de un púber, si no es que comienza a volverse infantil como sucede en los casos con chicas con anorexia nerviosa.

Ese miedo a crecer a veces se manifiesta con síntomas orgánicos que están ligados con ser mujer como por ejemplo el retraso de la aparición de la menarca o primera menstruación y también a través de los más complejos trastornos del comer como la obesidad, los trastornos no especificados o también la anorexia o bulimia nerviosa.

En el marco del desarrollo de la sexualidad el buscar un cuerpo perfecto les permite a estas jóvenes eludir el encuentro con personas con el sexo opuesto, - hasta que no baje unos kilos no voy a salir con...- -cuando tenga el cuerpo que quiero voy a buscar novio-, son algunas de las frases que representan éste cuadro, situación que generalmente viene acompañada de otros estresores familiares o personales propio de la edad y de esa etapa de la vida: muerte de los abuelos o personas queridas, mudanzas, enfermedades, separaciones, etc., que potencian el miedo a la adultez. Guelar y Crispo (2000)

Las autoras antes citadas concluyen este tema mencionando que “el control de peso y la obsesión por adquirir la figura ideal y en consecuencia obtener todos los logros que la sociedad muestran ligados a esta imagen: ser exitosa en el campo profesional, social y en el terreno amoroso, ser querida y por lo tanto acertado por todos, aparece como “la salida”. Lo que en el fondo se quiere resolver es la dificultad para adaptarse al nuevo status social que se describió antes y la disconformidad con la propia identidad y lo que parecer ser una salida, en realidad es una trampa que lo dificultara mas” (op cit pp 52)

En el 2005 el Instituto Nacional de Perinatología trabajo con 69 adolescentes de los cuales el 68% eran mujeres, arrojo que los adolescentes eran responsables de comprar y prepara sus alimentos, y 13% de las mujeres presento el riesgo para desarrollar anorexia ya que entre sus respuestas se encontraban el terror por

tener sobrepeso, sentir que otras personas preferirían que comieran más. Omiten tiempos de comida. Sámano (2005).

4.1 Anorexia Nerviosa

Los primeros relatos de la anorexia se presentan a partir de los siglos V al XVI, pues en Europa Occidental existen registros de algunas jóvenes que realizaban ayuno y terminaban con el rechazo total de alimento, se creía que estas estaban poseídas por el demonio o por el contrario eran canonizadas porque se creía que eran santas. González y Pérez (2002)

Los autores Feinstein S y Soroki A. (1988 pp 13) menciona que la referencia de casos de la Anorexia Nerviosa data del siglo IV, sin embargo las primeras descripciones clínicas se escribieron en el siglo VII. Los 3 escritos clásicos son: Of a Nervous Consumption de Marton, que data de 1694, "Anorexia Nerviosa (Apepsia Histórica, Anorexia Histórica)" de Gully "On Hysterical Anorexia" de Lasegue, ambos escritos en 1873. Las investigaciones sobresalientes realizadas durante este siglo se deben a Hilde Buch, quien publicó sus puntos de vista en ejemplares previos de esta publicaciónes".

En 1914 la anorexia se confunde con otra afección conocida como enfermedad de Simmonds que consiste en una insuficiencia de la glándula pituitaria. Hasta 1940 vuelven a resurgir las teorías acerca de que el origen de la anorexia nerviosa es psicológico y solo hasta 1950 la enfermedad adquiere identidad propia. es decir se le reconoce como una enfermedad psiquiátrica. Gáfaró (2001)

Pero fue hasta el siglo XVII cuando se empieza a hablar de la anorexia en algunos manuales de psiquiatría del siglo definiéndola como un trastorno típico de las sociedades desarrolladas además de considerar a este trastorno como una enfermedad bastante extraña y poco frecuente. Corona (1998)

4.1.1 Conceptos de anorexia

Literalmente, anorexia nerviosa quiere decir "pérdida del apetito debido a un desorden mental". Gáfaró (2001) pp 9

Bruch (1961) citado en Cuchilla (2009 pp 7) considera que la AN "es como una distorsión de la imagen corporal y del reconocimiento de los estados corporales en el sentido de una ineffectividad. No es una verdadera pérdida del apetito sino más bien una preocupación por la comida y la alimentación".

Cuchilla comentó que muchos pacientes dicen que es como miedo a engordar, muchas veces inexplicable e irracional, o bien la satisfacción por estar delgado, porque a veces niegan esto, pero es clara la resistencia por engordar.

Las personas con AN proyectan un miedo intenso por subir de peso, manifiestan una aversión considerable por los alimentos y sus esfuerzos a nivel emocional o de conducta se encausan en eludir su peso, en comer en cantidades muy pobres

con la finalidad de estar delgados. El perder peso se convierte en el centro de vida de estos pacientes y todo gira en torno al alimento.

La definición más precisa está en el DSM-IV, que determina que una persona tiene anorexia nerviosa cuando se niega a mantener el peso normal que le corresponde según su altura y edad, es decir, pesa menos de 85% de lo que debería pesar según su estatura y edad, presenta una suspensión del ciclo menstrual por tres periodos consecutivos o no desarrolla el ciclo menstrual si se trata de una niña en etapa premenstrual, tiene miedo intenso de ganar peso o engordar, niega frente a los demás estar muy delgada, permanentemente se siente gorda a pesar de su bajo peso, no le da importancia a su bajo peso ni a su apariencia física y no tiene ninguna enfermedad física que sea motivo de su bajo peso. (Citado en op cit).

Las personas con anorexia nerviosa tienen una percepción distorsionada de su cuerpo y no se ve ni se concibe a sí misma físicamente como realmente es.

Buch, (citado en Chinchilla 2002), consideró la AN como un disturbio o distorsión de la imagen corporal y del reconocimiento de los estados corporales en el reconocimiento de los estados corporales en el sentido de ineffectividad. No es una verdadera pérdida del apetito, sino más bien una preocupación por la comida y la alimentación.

La obsesión que los anoréxicos desarrollan por no ganar peso es porque se sienten poco atractivos, feos, no merecedores de nada bueno en la vida e inadecuados para ser felices.

Los individuos con anorexia concentran su vida en torno a la comida, son personas que viven ofuscadas por la comida, por la cantidad de calorías ingeridas, por su peso y su físico. Por eso, son seres que se pesan a diario, cuentan las calorías que se comen y siempre están haciendo dietas. A estas personas si les da hambre, pero se manifiesta en cuerpo con dolor de cabeza, decaimiento o fatiga, entre otros, por igual en todas las personas. Sin embargo los individuos no tienen la capacidad de decir en su mente "esto es hambre", pero el cuerpo si los siente.

Las personas anoréxicas se informan bastante sobre nutrición y saben perfectamente que alimentos engordan más que otros, cuantas calorías ingieren con cada alimento, cuales son las porciones indicadas para adelgaza etc. la autoestima de los anoréxicos es muy baja, el concepto de sí mismos depende mucho de los demás. Preguntan a otros sobre su apariencia física y de cómo se ven. Se aíslan socialmente, sienten vergüenza de sí mismos, de su cuerpo, sienten mucha ansiedad frente a la comida. Por lo general son muy irritable y tiene mal genio y son poco tolerantes con los demás.

Las personas con este padecimiento llegan a ser muy minuciosos con los alimentos, hacen de ellos todo un ritual como el limpiar perfectamente de grasa la

carne, cortan las porciones milimétricamente porque no deben comer más de la cuenta o esconder los alimentos así no se los vayan a comer. Cuando la enfermedad se vuelve crítica las mujeres dejan de menstruar y los hombres pierden el deseo sexual. Muchos otros se vuelven hiperactivos, niegan la fatiga y comienzan a hacer ejercicio de manera compulsiva. Se convierten en seres muy contradictorios, aparentan una cosa y por dentro son otra y tienen problemas para expresar sus sentimientos. Son totalmente renuentes a admitir que tiene una enfermedad.

Actualmente, un porcentaje de las personas que tienen anorexia nerviosa mueren debido a las graves alteraciones que sufre el organismo. Gáfaró (2002)

Esta misma autora comenta que en la anorexia nerviosa se presenta básicamente en dos tipos: anorexia restrictiva y anorexia purgativa.

Anorexia restrictiva: ésta se presenta cuando la persona solo deja de comer. Es decir, cuando el paciente comienza a restringir dramáticamente la ingestión de alimento, hasta un punto en que prácticamente no come nada.

Anorexia purgativa: es aquella en la que los pacientes además de limitar el consumo de alimento, se purgan con diuréticos, lavados intestinales, laxantes o se inducen el vómito para evitar que el organismo asimile adecuadamente los alimentos ingeridos y así poder eliminarlos rápidamente. Las personas con anorexia no suelen tomar este tipo de medicamentos de manera controlada, por el contrario abusan de estas sustancias.

4.1.2 Síntomas conductuales de la anorexia nerviosa

A continuación se describen las señales del comportamiento que caracteriza a una persona con anorexia nerviosa

- ❖ La persona se somete a una restricción severa de comida.
- ❖ Se somete a ayunos.
- ❖ Existen episodios frecuentes en donde suelen contar la comida, cortarla en pedazos muy pequeños, hábito de jugar con la comida en el plato, o preparar alimentos a los demás y rehusarse a comer lo que preparó.
- ❖ Existe el hábito de preparar la comida muy asada o muy quemada.
- ❖ Realizar ejercicio excesivo para disminuir peso.
- ❖ Manifestar un miedo exagerado por subir de peso.
- ❖ Vestir con ropa muy floja.
- ❖ Usar diuréticos y laxantes para eliminar el alimento.
- ❖ Muestra una obsesión por la comida, por contabilizar las calorías, la grasa, etc.
- ❖ Existen pretextos para no comer, o comer en una variedad muy limitada.
- ❖ Sentir náuseas cuando la persona come en cantidades moderadas.
- ❖ Negar tener hambre.
- ❖ Finalmente, pesarse constantemente. (op cit)

4.1.3 Consecuencias físicas de la anorexia nerviosa

La desnutrición causada por la restricción de alimentos ocasiona problemas muy graves en el organismo que pueden incluso llevar a la muerte a quien lo padece.

Estas alteraciones físicas son:

- ❖ Desordenes en el funcionamiento regular de algunos órganos del cuerpo como los riñones y el hígado.
- ❖ Complicaciones cardiovasculares severas como irregularidades en el ritmo cardiaco, presión baja y ritmo cardiaco bajo.
- ❖ Estreñimiento.
- ❖ Dolor abdominal.
- ❖ Anemia.
- ❖ Descalcificación en los dientes y problemas en el esmalte dental causado por los ácidos gástricos del vómito.
- ❖ Cabello delgado y opaco.
- ❖ Lanugo, crecimiento del pelo delgado sobre toda el área del cuerpo como en los bebés.
- ❖ Osteoporosis.
- ❖ Amenorrea, interrupción del ciclo menstrual debido a la disminución de la producción de estrógeno.
- ❖ Problemas para dormir, básicamente insomnio.
- ❖ Las heridas toman más tiempo de lo normal para sanar.
- ❖ Desmayos y mareos.

Las complicaciones médicas de esta enfermedad son:

- ❖ Aumenta el riesgo de contraer infecciones.
- ❖ El metabolismo se vuelve más lento.
- ❖ El funcionamiento normal del cerebro puede afectarse.
- ❖ Las alteraciones en el sistema cardiovascular pueden agudizar tanto que evolucionan en arritmia e incluso en paros cardiacos debido al desbalance de electrolitos.
- ❖ Se modifica severamente el funcionamiento normal en los sistemas gastrointestinal, neurológico, hematológico y endocrino.
- ❖ Pueden presentarse daños en el hígado.
- ❖ Los dientes y los huesos sufren daños considerables debido a la descalcificación. Estos daños muchas veces son irreparables.(Gáfaró 2002 pp 19, 20)

Los síntomas de inanición comprenden:

- ❖ Resequedad de la piel: se debe al proceso de deshidratación.
- ❖ Hipotermia: es una temperatura más baja de lo normal, menor de 36 y medio grados o 36.

- ❖ Sensibilidad al frío: la persona muestra una respuesta exagerada cuando desciende la temperatura.
- ❖ Bello alguno: es una aparición de un bello fino en partes donde no había, como en manos y espalda. Es un intento del organismo por conservar el calor.
- ❖ Pérdida y debilidad en el cabello: por la presencia de anemia.
- ❖ Palidez: un síntoma debido a la desviación de la sangre por el cerebro.
- ❖ Un ritmo cardiaco más lento de lo normal: menor de 60 latidos por minuto conocido como bradicardia.
- ❖ Hipotensión: una presión arterial la cual es baja.
- ❖ Anemia: es una disminución del número de los glóbulos rojos.
- ❖ Estreñimiento: se debe a que el organismo una el agua de los alimentos para la correcta digestión, y ante la escasez del liquido y de alimento se presenta una evacuación escasa y excesivamente seca.
- ❖ Debilidad: es provocado por la disminución de ingesta, el ejercicio desmedido y el insomnio.
- ❖ Vértigos: se produce por la descompensación hormonal la cual es causa de mareos y desmayos.
- ❖ Manifestaciones conductuales de ansiedad.
- ❖ Hiperactividad. Se define como un aumento en la actividad física
- ❖ Disminución de la respuesta sexual. Se origina por el desequilibrio hormonal.
- ❖ Deshidratación: se define como la pérdida de los niveles de líquidos en el organismo. (Ibidem citado en Flores 2006 pp 65-67)

Cuando ya existe un despojo de nutrientes en el cuerpo a consecuencia de una dieta rígida y de un ejercicio excesivo, aparece un esfuerzo del organismo por compensar esa deficiencia de nutrientes haciendo uso de sus reservas; motivo por el cual aparecen los síntomas antes señalados.

Si la reserva se acaba y no ayudan al organismo, los sistemas del cuerpo fallan hasta provocar una muerte que constituye de hecho la consecuencia final de la inanición. Y la muerte puede deberse a un paro cardiaco a descompensaciones graves en los electrolitos o por un suicidio. (Op cit pp68-69)

4.1.5 Trastornos psicológicos de la anorexia nerviosa

Los individuos con AN presentan síntomas de depresión, pierden el interés de involucrarse en actividades, sufren retraimiento social, tiene una pérdida significativa del apetito sexual. Su único interés es el de perder peso y esto se acompaña de un miedo intenso a engordar o subir de peso. Tienen alteraciones para conciliar el sueño, como cuadros de insomnio.

Con frecuencia presentan pensamiento obsesivos como el de no subir de peso, someter su cuerpo a dietas, entre otros, y actos compulsivos como el excede a su

cuerpo a ejercicios excesivo, actos como el de controlar su peso y pesarse. Provocar atracones o provocarse el vómito, problemas en el control de impulsos. También manifiestan síntomas de ansiedad como consecuencia del miedo irracional a subir de peso o por no conseguir la silueta esperada. En ellos predomina los trastornos de la personalidad por dependencia, aquí los individuos suelen presentar una dependencia emocional hacia otras personas para evaluar su autoestima y su valor como persona, dependen en demasía de la aprobación exterior y suelen mostrarse muy sensibles cuando reciben un rechazo hacia una parte de su cuerpo o de su carácter. El sentido de autoestima está influenciado por los modelos culturales de delgadez. No pueden ser autónomos: es decir, manifiestan dificultades para tomar sus propias decisiones, poseen rasgos perfeccionistas y en ocasiones competitivas. Flores (2006).

4.1.6 Factores familiares

Chinchilla (2002) menciona que en los factores familiares de la AN se observa que generalmente, los trastornos de la conducta alimentaria anidan en modelos familiares patológicos, con organizaciones disfuncionales y en las que pueden observarse con elevada frecuencia trastornos de la esfera afectiva, antecedentes de trastornos de la alimentación y una elevada preocupación alimentaria en los padres, son familiares sobreprotectoras y estrictas, donde se dificulta la autonomía del paciente e incluso se le desanima en forma soterrada, para crearse así relaciones dependientes y enfermizas que en ocasiones perpetúan el trastorno.

Es frecuente encontrar la existencia de conflictos conyugales o de frustraciones ante aspiraciones personales no alcanzadas, involucrado al paciente en estas situaciones. Madres pasivas ante sus esposos ambivalentes respecto a la paciente, que proyectan sus desilusiones y frustraciones en las hijas, con altas exigencias sociales, de normas y de apariencias. Estas familias aparentemente perfectas, suelen tener una baja tolerancia a la frustración y presenta relaciones poco cálidas y superficiales.

Por su parte Gáfaró (2001pp 82,83) menciona que en los estudios que se han realizado se ha encontrado que varios pacientes con trastornos alimenticios presentan en su historia familiar aspectos similares, pero no son necesariamente determinantes en la evolución de la enfermedad, se puede también encontrar

- ❖ Padres muy exigentes e impositivos, además muy rígidos para establecer límites e imponer disciplina a sus hijos.
- ❖ Padres con problemas para establecer interrelaciones con otras personas.
- ❖ Padres ambiciosos.
- ❖ Padres muy preocupados por las apariencias externas
- ❖ Padres sobreprotectores

- ❖ Familias que no resuelven sus conflictos o que evaden las situaciones que puedan desestabilizar su aparente armonía del hogar
- ❖ Pueden haber familias con problemas graves o conflictos caóticos como maltrato familiar, abandono, etc.

Pero estos factores pueden estar o no en la familia del paciente con AN.

La autora antes citada menciona que hay señales claras para detectar en el comportamiento de la persona si está presentando AN.

Las señales son:

- ❖ La persona ha perdido peso drásticamente en los últimos meses.
- ❖ Su apariencia no es de una persona simplemente delgada, sino comienza a verse excesivamente flaca, casi esquelética.
- ❖ Las extremidades, sobre todo, se ven muy delgadas. Toman apariencia de palos o estacas.
- ❖ Estas personas dejan de comer en público o siempre tiene excusas para no comer con la familia, y se evaden con argumentos como “estoy enferma del estomago”, “no me siento bien”, “comí en casa de mi amiga”, etc.
- ❖ Algunos van al baño inmediatamente después de comer y regresan con los ojos rojos y llorosos. Esto es porque se han esforzado en vomitar.
- ❖ Preguntan mucho a los demás si se ven gordos o cómo se ven físicamente.
- ❖ Comienzan a obsesionarse por las dietas, la comida y el peso.
- ❖ Se pesan y se miden a diario. No solamente usan un metro, sino que también verifican, por ejemplo, que las entrepiernas no se les peguen, revisan si pueden tocarse algunos huesos como las clavículas o se miden el tamaño de la muñeca con la mano contraria.
- ❖ Los ojos comienzan a vérselos hundidos dentro de la cara.
- ❖ La cara comienza a chuparse demarcando mucho los pómulos.
- ❖ Se aíslan socialmente.
- ❖ Comienzan a usar ropa ancha o ropa muy pegada.
- ❖ Constantemente están con frío, así esté haciendo calor.
- ❖ Tiene morada las uñas de las manos y de los pies.
- ❖ Pueden volverse compulsivos con el ejercicio.
- ❖ Presentan fluctuaciones drásticas de estado de ánimo.
- ❖ Comienzan a deprimirse fácilmente. (pag.25)

Es muy importante tomar en cuenta estas señales para detectar si la persona presenta AN para así darle la atención debida.

4.2 Bulimia nerviosa

Bulimia deriva del griego *limos* que significa “hambre”, que junto a *bou* que significa “gran cantidad de” o *boul* que significa “buey, sería al final “hambre feroz” o “hambre de buey”.

Jenofonte, en anabásis, en el 970 a.c. describió la bulimia en soldados griegos de retirada en campaña militar en Asia Menor contra Arteserses, que habían

subsistido con cortas raciones, y a los que les entraba hambre, debilidad y desmayos.

Hipócrates reconoció los *boulimios* como un hambre enfermiza.

Antiguamente, los romanos preparaban grandes banquetes en los cuales los comensales se repantigaban y engullían los alimentos, para luego estimular la garganta con plumas o ingerir eméticos, vomitar y reiniciar su glotonería. Esta práctica condujo al uso de vomitivos y, posteriormente, al empleo del término “biulimia” para describir dicho comportamiento. El término de “bulimia” deriva de *bulimy* en griego, y significa hambre voraz. Literalmente, deriva los conceptos de buey y hambre en griego y de las palabras latinas que se traducen como hambre canina. Se consideraba que la bulimia era consecuencia de un estado de ánimo anormal que provocaba un deseo exagerado de alimento y frecuentes ingestiones que podían también asociarse con vómitos severos y copiosos movimientos en el vientre. En el Talmud (400-500^a.C.) el término de *boolmut* se utiliza para describir un síndrome en el cual una persona está agobiada por el hambre, que tanto se juicio con relación con el alimento como su nivel de conciencia respecto de acontecimientos externos se encuentra menoscabado. Este síndrome era considerado de peligro mortal. Es posible que determinados cuadros clínicos fueran incluidos bajo este término descriptivo. (Vander Eycken, 1985 citado en Feinstein y Sorosky 1988)

La conducta de atracones alimentarios exagerados, seguida de sensaciones variables, generalmente de placer y de vómitos autoinducidos para seguir comiendo luego, nos recuerda la historia de la antigua roma y sus festines, que ha sido evocada por la literatura, el cine y otras artes. Esto sucedía en las clases sociales altas y era señal de poder. Más tarde, estas conductas fueron condenadas por la sociedad, cuando la obesidad dejó de ser considerada un signo de prosperidad.

A pesar de estos antecedentes y de referencias a la aparición de conductas bulímicas en pacientes que habían padecido anorexia nerviosa, es solo en 1979 cuando Russell publica la primera descripción clínica exacta de la enfermedad. Rausch y Bay (2000)

Hasta hace unos años se consideraba que la Bulimia era parte de la anorexia, puesto que Abraham (1996) menciona que la anorexia se había dividido en dos grupos, el primero es el de aquellas pacientes que siguen un régimen de alimentación para poder perder peso restringido rigurosamente durante su consumo diario de alimentos, el segundo grupo es el de los vomitadores o purgadores que consumen más comida cuando se llegaba a presentar un episodio donde sintieran hambre, pero evitan que el cuerpo lo asimile provocándose el vómito y/o haciendo uso de purgantes. Por esta razón la bulimia era menos importante que la anorexia, fue hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX

cuando la Bulimia empieza a ser nombrada como una pequeña parte de los trastornos del comportamiento alimentario.

Fue hasta 1940 cuando la Bulimia Nerviosa se le empezó a considerar como síndrome, ha pasado el tiempo y ahora se acepta que la Bulimia es un trastorno separado de la anorexia, aunque tiene características en común.

Ya en la década de los setenta, se tiene conocimiento de un trastorno con características de episodios de ingestión incontrolada, ya a finales de esta década y principios de la siguiente cuando a la Bulimia Nerviosa, se le reconoce como un trastorno independiente y diferente de la Anorexia, puesto que se encontró que este trastorno no solo se presenta en aquellas personas que sufrían este último trastorno o que sufría de sobre peso, sino que también la podía padecer aquella persona que se encuentra en peso normal; durante este periodo se le conoció como *bulimarexia* (propuesto por Boskind-Lodah en 1976); también se le denominó *diety chaos syndrom* (propuesto por Palmar en 1979) y finalmente Bulimia Nerviosa por Rusell en 1979. Aparicio R. (2001)

A finales de 1970 la bulimia nerviosa fue reconocida como una enfermedad independiente. En la década de los ochenta el número de casos de esta enfermedad aumentó considerablemente. En la actualidad, en Estados Unidos de 8 a 20% de las adolescentes en edad escolar padece bulimia nerviosa. (Gáfaró 2001 pp 35)

El término de Bulimia y Bulimia Nerviosa son diferentes, pero a la vez presentan características muy similares, pues se define que el término Bulimia es un síntoma que se involucra atracones y que no va acompañada de conductas como el vómito inducido, uso de laxantes o diuréticos ni tampoco sientes temor por engordar, mientras que la Bulimia Nerviosa se relaciona con la falta de control sobre la ingesta de alimentos que termina en atracones de comida, que van acompañados de conductas como el vómito provocado, uso de laxantes o diuréticos, ejercicio excesivo para evitar subir de peso. Citado tesis pp46-47

4.2.1 Conceptos de bulimia nerviosa

La Bulimia Nerviosa ha sido definida como un síndrome con rasgos propios, hace más de diez años.

Se caracteriza por alternar periodos de restricción alimentaria, con episodios de ingesta copiosas, seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos. (op cit pp137)

Para Gáfaró (2001) la bulimia es una enfermedad que comprende un ciclo compuesto por tres etapas: la restricción, la sobrealimentación o el atracón y la compensación.

El atracón es comer grandes cantidades de alimentos con una sensación de pérdida de control, que los pacientes usualmente reportan como “no puedo para

de comer”, donde no hay una sensación de placer asociada y que se lleva acabo en un periodo de más o menos de dos horas.

Grandes cantidades de alimentos se refiere a comer más de lo que una persona normal comería en el mismo lapso de tiempo. Una persona come durante el atracón aquello de lo cual se priva durante la restricción.

La restricción es entonces abstenerse de comer. Por lo general los bulímicos son personas que están tratando constantemente de bajar de peso. Esto quiere decir que en algún momento del ciclo están restringiendo la comida que ingieren. Por ejemplo, pueden restringir algunos tipos de alimentos como harinas. Dulces, grasas, etc, o saltarse una de las comidas o estar a dieta. Las restricciones es el momento en el que no están comiendo los alimentos que les engordan.

Pasando el atracón, el paciente comienza a sentirse culpable y busca la manera de compensar la ingesta desproporcionada de alimentos que recién cometió. Por eso se llama “compensación” a la tercera etapa del ciclo. Las formas más comunes de compensar son la purga por medio de laxantes, enemas o diuréticos, el vómito inducido o el ejercicio compulsivo.

Así, “la bulimia es el trastorno del comportamiento alimentario donde se presentan la restricción de alimentos, los atracones de comida y los actos compensatorios”. (op cit pp 35)

La bulimia ha sido definida como un enorme apetito, que se caracteriza por la ingesta de comida en cortos periodos de tiempo (boulimos), que se relaciona con una patología digestiva acompañada de una intensa preocupación por la comida; también se ha definido como una afección crónica que se acompaña de desvanecimientos y/o vómitos después de la ingesta de cantidades enormes de comida González y Pérez (2002).

En el DSM-III-R se habla de atracones y vómitos, aunque no siempre era así y se contempla la posibilidad de atracones no siempre seguidos de vómitos, sino de otros mecanismos compensatorios inapropiados (ejercicios, laxantes, diuréticos, ayunos, purgantes etc.) para prevenir la ganancia de peso. (Cuchilla 2002)

Nardone, Verbitz y Milanese (2002) describen los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa y mencionan:

a) Atracones recurrentes: esta caracterizado por dos aspectos:

- 1) Comer en un determinado periodo de tiempo (por lo general de menos de dos horas) una cantidad de comida significativamente superior a la que la mayoría de las personas pueden comer durante el mismo lapso y en circunstancia análogas

Cada caso de atracón no se produce necesariamente en un contexto único, y no puede considerarse un atracón un incesante picoteo de pequeñas cantidades de comida durante un día entero, el tipo de comida durante el atracón varia ampliamente, mas bien lo que

caracteriza al atracón es la cantidad de comida. Los sujetos con bulimia se avergüenzan típicamente de sus costumbres alimentarias patológicas por lo tanto las crisis de la bulimia se realizan en soledad. con frecuencia el atracón continúa hasta que el sujeto se siente tan lleno que se encuentra mal, y es provocado por estados de humor eufóricos, estrés, hambre intensa causada por una restricción dietética o por sentimientos de insatisfacción relacionados con el peso, la forma del cuerpo o la comida. Durante el atracón puede producirse una transitoria reducción de la disforia, pero con frecuencia surgen un estado depresivo y una despiadada autocrítica.

- 2) Sensación de perder el control durante el caso, el sujeto siente que no puede dejar de comer durante el atracón. El individuo puede experimentar una sensación de estreñimiento durante el atracón, especialmente es las fases precoces del trastorno de la pérdida de control asociada a los atracones no es absoluta. El sujeto puede continuar con el atracón a pesar de que suene el teléfono, pero si alguien entra repentinamente a la habitación interrumpe inmediatamente.

b) Tiene recurrentes e inadecuadas conductas compensatorias para prevenir el aumento de peso. El método adoptado con mayor frecuencia para neutralizar los efectos del atracón es el vómito por autoinducción (en el 80% a 90%). Otras conductas de eliminación están representadas por el abuso de laxantes, diuréticos y otros fármacos. Raramente se presenta también el uso de enemas inmediatamente después del atracón, pero nunca es la única conducta de eliminación. Otras medidas compensatorias para los atracones son el ayuno en los días sucesivos o la practica excesiva de ejercicios físicos.

c) Los atracones y las conductas compensatorias se producen con un promedio de al menos dos veces a la semana, durante un periodo de tres meses.

d) Los niveles de autoestima están inevitablemente influidos por la forma y el peso corporal.

En base a la presencia o ausencia de conductas alimentarias regulares para compensar el atracón, se utiliza los siguientes subtipos:

- a) con conductas de eliminación: es este caso de bulimia nerviosa el sujeto ha presentado puntualmente vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes, diuréticos o edemas.
- b) Sin conductas de eliminación: en este caso de bulimia nerviosa el sujeto ha utilizado puntualmente otros comportamientos compensatorios inadecuados, como el ayuno o el ejercicio físico excesivo, pero no se dedica puntualmente al vómito autoinducido o al uso inadecuado de laxantes, diuréticos o edemas.

Los sujetos con bulimia nerviosa se encuentran en general en los límites del peso normal, aunque algunos pueden encontrarse por encima o por debajo de éste. Es típico en estos sujetos reducir la alimentación después de un atracón, preferir los alimentos de bajas calorías y evitar aquellos alimentos que, a juicio de ellos,

pueden engordar o desencadenar el atracón. Hay en estos individuos una acrecentada incidencia en los cambios de humor y de síntomas depresivos (por ejemplo, una reducida baja autoestima). Hay además una acrecentada frecuencia de trastornos y síntomas de ansiedad que con frecuencia se interrumpen después del tratamiento de la bulimia nerviosa.

Gáfaró (2001 pp 39) menciona que al igual que la anorexia, también en la bulimia existen dos tipos de bulimia:

Bulimia purgativa: en este tipo de bulimia, los pacientes compensan haciendo uso de laxantes, enemas (lavados intestinales), diuréticos o induciendo el vómito.

Bulimia no purgativa: es esta clase de bulimia los enfermos no compensan haciendo uso de purgantes, sino realizando ejercicio físico compulsivamente de lo usual después de un atracón.

El DMM-IV (citado op cit pp 48) define la bulimia nerviosa a través de los siguientes síntomas:

- ❖ “Episodios recurrentes de atracones.
- ❖ Episodios de compensación (laxantes, diuréticos, abuso de ejercicio, vómito o ayuno) después de los atracones para evitar ganar peso.
- ❖ Realizar el ciclo atracón-compensación dos veces por semana, durante tres meses.
- ❖ Preocuparse en exceso por la apariencia del cuerpo y su peso.
- ❖ No tener anorexia nerviosa”.

4.2.2 Síntomas conductuales de la bulimia nerviosa

Además de los síntomas que se mencionaron, hay otras señales que presentan los pacientes de bulimia nerviosa, las cuales son:

- ❖ Miedo terrible a no poder dejar de comer.
- ❖ Depresión.
- ❖ Pensamientos críticos sobre sí mismos, vergüenza y culpa.
- ❖ Los bulímicos suelen tener dolor abdominal e hinchazón en el estomago.
- ❖ En las mujeres con bulimia nerviosa la menstruación puede volverse irregular.
- ❖ También es usual el estreñimiento.
- ❖ Descalcificación y problemas en los dientes (caries y erosión) ocasionados por los ácidos gástricos del vómito. Debilidad.
- ❖ Heridas o cicatrices en la parte superior de las manos causadas por el roce con los dientes cuando se inducen el vómito.
- ❖ La parte baja de las mejillas se les inflama y se ven como si tuvieran cachetes de ardillas. Esto se debe a la inflamación de las glándulas salivales.

4.2.3 Consecuencias físicas de la bulimia nerviosa

Cuando una persona ha tenido bulimia nerviosa por un tiempo prolongado sin ser tratada, su organismo puede sufrir daños graves. Algunas consecuencias que esta enfermedad produce en el cuerpo son:

- ❖ Deshidratación.
- ❖ Desbalance del nivel normal de electrolitos en el cuerpo.
- ❖ Úlceras en la garganta y el esófago.
- ❖ Desorden en el sistema gastrointestinal, incluso puede presentar una ruptura en el estómago.
- ❖ Problemas dentales, descalcificación en los dientes.
- ❖ Alteración del ritmo cardiaco por el abuso de sustancias para inducir el vómito.
- ❖ Deficiencias en los niveles de vitaminas y minerales.
- ❖ Sinusitis y otras afecciones nasales.

Gáfaro (2002) menciona que la bulimia nerviosa es más frecuente que la anorexia nerviosa. Estima que el rango de prevalencia está entre 11% a 42% en las mujeres jóvenes. Al igual que la anorexia, la bulimia se presenta más frecuentemente en mujeres que en hombres, en una proporción de 10 a 1.

La autora menciona que las personas que pueden ser más vulnerables para tener bulimia nerviosa son:

- ❖ Las mujeres. Por lo general la enfermedad comienza en la adolescencia, sin embargo se extiende a grupos de mayor edad que las pacientes de anorexia.
- ❖ Bailarines, gimnastas, modelos y personas pertenecientes a profesiones que exigen un cuerpo hermoso o un peso determinado.
- ❖ Personas que hayan sufrido una adicción.
- ❖ Personas con tendencias adictivas, es decir que tengan propensión a caer en adicciones.
- ❖ Las personas que hayan sido víctimas en su infancia o adolescencia. (Op cit pp 52)

También menciona cuales son las características para identificar a una persona con bulimia nerviosa:

- ❖ Pensar siempre en la comida y las calorías ingeridas.
- ❖ Tener una obsesión por el peso y figura.
- ❖ Preocuparse por cómo lucen, la apariencia física, la moda, etc. a diferencia de los anoréxicos, los bulímicos suelen estar bien vestidos, se preocupan por su apariencia, por lo general son atractivos, etc.
- ❖ Llevan a cabo un régimen estricto de ejercicio a pesar del tiempo, la hora, las circunstancias o el cansancio.
- ❖ Suelen aislarse socialmente porque se avergüenzan de su peso o apariencia.

- ❖ En su vocablo incluyen expresiones ansiosas por tener sobrepeso. La ansiedad no la calman bajando de peso.
- ❖ Al contrario de los anoréxicos, los bulímicos están en su peso normal o un poco por encima del que requieren.
- ❖ Suelen ir al baño apenas acaban de comer y regresan del mismo con los ojos rojos.
- ❖ Algunos pueden sufrir constantemente de dolores de cabeza o tener mal aliento.
- ❖ Gastan mucho dinero en comida y compran cantidades desmesuradas de alimentos.

La autora comenta que afirman que la bulimia nerviosa es una enfermedad psiquiátrica sería debería ser motivo suficiente para acudir a un buen tratamiento y atendida a tiempo por las siguientes razones:

- ❖ Aunque no se han recogido las estadísticas pertinentes, los expertos en Estados Unidos creen que las muertes por bulimia nerviosa alcanzan los mismos niveles que los establecidos por la anorexia nerviosa. Es decir, una de cada cien víctimas de la bulimia nerviosa muere anualmente.
- ❖ Las relaciones interpersonales se afectan. Los enfermos de bulimia no pueden disfrutar de ninguna relación íntima, la obsesión por el peso y la apariencia absorbe toda su energía.
- ❖ Los bulímicos tiene muy presentes sus defectos físicos, no están cómodos con su cuerpo. Por esto, muchos suelen dejar de tener relaciones sexuales.
- ❖ Son personas que viven tristes y acomplexadas.
- ❖ Muchos sufren de anhedonia, es decir incapacidad para sentir placer.
- ❖ Para los bulímicos comer no es un placer porque es un acto compulsivo que les cause vergüenza y culpa.
- ❖ Son personas enfermas que sufren.
- ❖ La bulimia nerviosa trae consecuencias físicas graves para el organismo y deteriora seriamente la salud física y mental.
- ❖ Un tercio de los pacientes con bulimia nerviosa logra manejar adecuadamente la enfermedad.
- ❖ Las finanzas del hogar o las finanzas personales se afectan drásticamente por el aumento desmesurado de los gastos de alimentación. Gáfaró (2002 pp 55)

Por estas razones es muy importante atender a tiempo a las persona que este padeciendo éste trastorno de la alimentación que al igual que el anterior puede ser causa de muerte.

4.3 Trastornos del comportamiento alimenticio no especificados

El DMS (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) le adjudica a cada enfermedad unos síntomas concretos para definirla y delimitarla como es el caso de los trastornos antes mencionados. Sin embargo varios especialistas han notado que se dan muchos casos de pacientes que no cumplen todos los requisitos, pero si la gran mayoría o a veces algunos con ciertas modificaciones. Estos casos no pueden diagnosticarse como anorexia o bulimia, pero si se aproximan mucho a cada enfermedad porque muestran síntomas o señales parecidas a las establecidas, por lo tanto debido a que es difícil agrupar todos los trastornos en solo dos categorías, los expertos decidieron abrir una nueva categoría que denominaron otros trastornos del comportamiento alimenticio no especificado.

El DSM-IV contempla varios casos posibles como trastornos del comportamiento alimenticio no especificado. Estos son:

- ❖ Aquellos casos en que las personas presentan todos los síntomas de la anorexia nerviosa, pero aún tiene el ciclo menstrual.
- ❖ Casos en que las personas manifiestan todos los síntomas de la anorexia nerviosa, pero mantiene el peso de su cuerpo dentro de un rango normal. Aquí puede ocurrir que la anorexia nerviosa aún esté en las primeras etapas, y por esto la persona no ha llegado a tener una pérdida crítica de peso. Sin embargo, en estos casos muchos individuos han manifestado una pérdida considerable de peso, mientras que otros todavía permanecen dentro de los rangos normales.
- ❖ Pacientes que presentan el ciclo atracón-compensación menos de dos veces por semana durante tres meses. A pesar de que el ciclo no se cumple con regularidad establecida, si ocurre con frecuencia. Simplemente el ritmo es distinto. Es todo caso, estos pacientes muestran la misma conducta compulsiva con la comida, comen también vorazmente, tiene obsesión por el peso y sufren de depresión. Los expertos creen que estas personas no desarrollan la bulimia completamente o hasta los niveles establecidos para su diagnóstico. Pero a pensar se esto, se cree que son personas que podrían presentar bulimia nerviosa.
- ❖ Personas que realizan acciones compensatorias (purgas, diuréticos, vómito, ayuno o incluso exceso de ejercicio) después de haber comido normal o incluso manos de lo normal. Esta categoría podría confundirse con la anorexia de tipo purgativa. Sin embargo, la diferencia radica en el peso de la persona. El anoréxico purgativo tiene 85% del peso requerido para su estatura, edad y sexo, por el contrario, los pacientes de estos casos no especificados mantiene su peso normal o están muy cerca de él. A estas personas también se les conocen como compensadores que no cometen atracones.
- ❖ Personas que escupen. Estas personas mastican los alimentos, pero no los pasan; los escupen antes de tragarlos para evitar la ingestión de calorías. También suelen ser personas obsesionadas por el peso y por ser delgadas. Precisamente, estas obsesiones las llevan a realizar dichas acciones como un método para controlar el peso. Estos individuos afirman que solo desean

degustar los alimentos, pero temen tragarlos. Suelen masticar y escupir por horas. Al igual que los otros atracones, éste también se realiza en secreto. Picar y no comer pueden llegar a convertirse en una forma de trastorno.

- ❖ El último caso es el de los trastornos por atracones. Tiene muchas características similares a los bulímicos. También suelen comer verosamente grandes cantidades de alimentos en un tiempo relativamente corto. Igualmente, sienten que están fuera de control. La diferencia primordial con los bulímicos es que realizan acciones compensatorias. Estos casos no son los más comunes y quizás los menos estudiados. (Gáfaró 2001 pp 60)

Es de suma importancia tratar a las personas que sufren algún trastorno alimenticio ya que está en riesgo su vida y la ayuda debe de ser integral, pero lo más importante es que dentro del núcleo familiar evitar los riesgos de que algún miembro de la familia pueda padecer algún padecimiento arriba mencionado y eso depende de cada uno de nosotros.

CAPITULO 5

ACTIVIDAD FISICA, EJERCICIO Y DEPORTE

Actividad física, ejercicio y deporte en la mayoría de las veces son conceptos utilizados como sinónimos, sin embargo cada uno de ellos tienen sus diferencias y a la vez una relación entre sí.

5.1 Actividad física

“El movimiento corporal voluntario producido por los músculos esqueléticos que consume cierta cantidad de energía” García (2004 pp 87).

Esta definición hace alusión a todo movimiento que el cuerpo debe llevar a cabo para realizar sus funciones rutinarias como es el levantarse, caminar, vestirse, bañarse, lavarse los dientes, etc., y cuyo objetivo no es consumir calorías, ya que para este efecto se requiere del ejercicio.

”La actividad física es el movimiento del cuerpo humano que produce un gasto energético por encima del nivel metabólico de reposo” Roffé (2000)

5.2.- Ejercicio físico

“Es una práctica social directamente relacionada con la evolución de los niveles de vida económico y social a lo largo del tiempo, cuando las personas pueden disponer de tiempo de ocio y destinar recursos para su realización”. Palmero (2002)

Este concepto ya establece una ligera diferencia con la actividad física, ya que habla de la actividad fuera de la rutina para que se considere ejercicio y que además involucra un proceso de socialización.

“Es una actividad física planificada, estructurada y repetitiva”. García (2004 pp 87) Para este autor el ejercicio es una actividad gradual, programada, trabajando de menos a más y durante periodos determinados, teniendo como objetivo la quema de calorías.

“El ejercicio físico es la actividad recreativa que se realiza en momentos de ocio. Es decir, fuera del trabajo o de la actividad laboral”. Pardini (2008 pp 90)

Esta definición además de considerar el ejercicio como recreación establece también que no tiene relación alguna con las actividades que se realizan en el área de trabajo, lo que dicho sea de paso cada día están más limitadas dada la incorporación de equipos de computo que cada vez mas limitan mas la movilidad del trabajador y lo mantienen sentado la mayor parte del tiempo de su jornada laboral.

Actualmente el realizar algún ejercicio tiene la finalidad de buscar el bienestar físico, psicológico, conocer el cuerpo y controlarlo, cumplir metas individuales y

para las instituciones lograr objetivos formativos, educativos, a través de la motivación y gusto por el movimiento contribuyendo así a la atención integral del individuo con problemas de obesidad, enfermedades crónico degenerativas, depresión, ansiedad, etc.

Los beneficios físicos y psicológicos derivados del ejercicio son: el incremento de la capacidad cardiorrespiratoria y muscular, control del peso corporal, ya que se quema combustible que proviene de las grasas y los azúcares, acelera el metabolismo y lo mantiene así por algunas horas después de haber concluido la sesión, mejora del tono muscular, libera impulsos agresivos, alivia tensiones corporales, mejora de la libido y la satisfacción sexual, reducción del estrés, reducción del sedentarismo, aumento de las habilidades de autocontrol, facilidad para conciliar el sueño, mejora del estado de ánimo, aumento de redes de apoyo social, evita la depresión, ya que durante el proceso de transpiración se desecha sodio y aumento de la autoestima porque al obtener los resultados deseados, la persona se siente tranquila, segura de sí misma y con ganas de seguir superándose. García (2004). Llerenas (2006), Chávez (2006), Cordero (2008), Castro (2005).Roffé (2000).

Sin embargo el ejercicio físico no está hecho para bajar de peso, sino para mantener un equilibrio entre la ingesta y gasto de calorías, es decir, al hacer ejercicio y no modificar los hábitos de alimentación, solo se obtendrá la pérdida de entre 1 y 2 kilos por año., pero si este se continua de forma regular existen posibilidades de mantenerse y no recuperar el poco peso perdido. Cabe destacar que el agua juega un papel importante en cualquier actividad física y deportiva, ya que sin esta no se perderá peso sino que el cuerpo tiende a retener líquidos generándose así una ganancia de volumen, el cual es imposible perder, por lo que se recomienda tomar 2 litros de agua al día, esta regula la temperatura corporal durante el ejercicio, mantiene al cuerpo hidratado además de regular otros procesos como la salivación, también es importante mencionar que no se debe abusar, porque el consumo exagerado de agua provoca una desmineralización diurética. Pardini (2008), Cordero (Op.cit.).

A pesar de los beneficios ya mencionados del deporte, giran a su alrededor mitos que lo único que generan es el abandono de la actividad y una frustración al no ver resultados pronto, entre los que se encuentran:

- 1.- Al sudar mucho se baja de peso. Cuando el cuerpo se empieza a calentar por el movimiento, suda para mantener la temperatura adecuada, durante este proceso se pierden líquidos por lo que es importante hidratarse, antes, durante y al final de las sesiones, por lo anterior no es conveniente utilizar fajas para sudar excesivamente porque esto puede provocar una descomposición.
- 2.- Con el ejercicio la grasa se convierte en músculo.- con la práctica de ejercicio el nivel de grasa se reduce y en consecuencia los músculos toman forma y se hacen notorios.

3.- Hacer ejercicio hasta cansarse generara mejores resultados en la pérdida de peso.- El cansancio es uno de los principales motivos de abandono de cualquier ejercicio, por lo que al pretender realizar lo que no se hizo en meses provocara solo un agotamiento físico y dolor en el cuerpo, por lo que se recomienda realizar el ejercicio de forma alternada para dar oportunidad de que el cuerpo se recupere.

4.- El dolor es el reflejo de que se está realizando bien.- Se debe evitar esta sensación y en caso de estar presente, es preferible suspender el movimiento y acudir con el médico. Castro (2005)

Los profesores de educación física mantienen dos teorías sobre el ejercicio y el momento en que debe realizarse, algunos aseguran que hacer ejercicio al levantarse por la mañana y antes de ingerir cualquier alimento, se elimina más grasa corporal, y sus efectos permanecen durante la mañana además de que en esos momentos los depósitos de glucogenos son bajos, mientras que otros recomiendan hacer ejercicio durante la noche y antes de acostarse porque sus efectos impiden que durante la noche el metabolismo se haga aletargado y se acumulen los depósitos de grasa. Lo cierto es que a cualquier hora del día se puede hacer ejercicio, dependiendo de las ocupaciones que tenga el individuo, ya que lo más importante es generar el movimiento del cuerpo. González (2008).

Para que el ejercicio sea considerado como tal, El colegio Norteamericano de Medicina del deporte (ACSM) y la asociación Norteamericana del corazón (AHA) consideran que este debe reunir con las siguientes características:

- a).- Ser aeróbico (de larga duración)
- b).- Utilizar grandes grupos de músculos. (Caminar, trotar, correr, nadar, andar en bicicleta).
- c).-Tener una duración de 20 a 30 minutos continuos por sesión.
- d).- Frecuencia mínima de tres veces por semana.
- e).- Tener una intensidad comprendida entre el 60 y 80% de su frecuencia cardiaca máxima, la cual se obtiene a través de la siguiente fórmula: a 220 se le resta la edad del individuo, el resultado es su frecuencia cardiaca máxima o su 100%. A esta cifra se le saca la intensidad deseada de trabajo (entre 60 y 80%) y el resultado será la frecuencia cardiaca a la cual debe realizarse el ejercicio. Es importante mencionar que todo ejercicio que rebase el 85% de pulsaciones no quemar grasa sino las reservas de hidratos de carbono las cuales son limitadas. Castro (2005), Cordero (2006), Reyes (2008)

5.3 Deporte

Palmero y cols. (2002) Definen el deporte destacando sus tres componentes y que hacen la diferencia con el ejercicio físico y que tampoco están presentes en la actividad física:

- a).-El carácter de competición,

b).-Existencia de una reglamentación como común denominador para los deportistas

c).- Integración de los deportistas en una organización como federación, club, equipo, deportivo, etc.

Los deportes son muy diferentes entre sí, como también los factores que los limitan en función de los mismos y de las diferentes especialidades los deportes se han agrupado de acuerdo a los intereses de las distintas ciencias que se ocupan de este tema.

Existen infinidad de divisiones en las que se puede agrupar a los deportes, por ejemplo:

Por deportes de temporada,

- deportes de verano (atletismo, remo, gimnasia, boxeo, etc.)
- deportes de invierno (curling, bobsled, luge, esquí de fondo, patinaje artístico, hockey sobre hielo, skeleton, combinado nórdico.

Por el medio en el que se practican los deportes

- Terrestres (montañismo, ciclismo, volibol, squash, lucha)
- Acuáticos (natación, surf, rafting, remo, canotaje, velerismo, nado sincronizado, clavados, waterpolo, etc.)
- Aéreos (paracaidismo, ala delta, aerostación, parapente, ultraligeros, vuelo con motor, etc.)

Por las características bioenergéticas

- Aeróbicos (por ejemplo, la prueba de maratón, triatlón, ultra maratón, el maratón, etc.)
- Anaeróbicos (las pruebas de 50 y 60 metros bajo techo)
- Anaeróbicos lácticos (los 400 metros planos en atletismo)
- Mixtos, es decir, aeróbico-anaeróbicos, como el tenis, fútbol soccer, básquetbol.

Por la edad de iniciación deportiva y la edad en la que se esperan los máximos rendimientos

- Iniciación temprana (gimnasia artística, gimnasia rítmica, natación, etc.);
- Deportes de maduración media (como el fútbol soccer, volibol, etc.)
- Deportes de maduración tardía (por ejemplo, la prueba de maratón).

Otro criterio de clasificación es dividirlos en:

- Deportes de apreciación En los cuales la actuación del deportista es calificada por un grupo de jueces (como en los clavados o la gimnasia artística, rítmica o aeróbica)
- Deportes de tiempo y marca. Son deportes en los que el rendimiento es medido primordialmente por medio de instrumentos de como un cronómetro o una cinta métrica, por ejemplo, las carreras, los lanzamientos y los saltos

en el atletismo, excepto la caminata; ésta especialidad combina el criterio de apreciación de los jueces con la medición.

Para Castro (2005), Tanto el ejercicio, como el deporte tienen un objetivo común que es el desarrollo de la condición física, la cual está formada por las siguientes capacidades:

Fuerza.- Es la capacidad que tiene el organismo, por medio de los músculos para ejercer presión contra la resistencia.

Velocidad.- Es la movilidad articular que permite tener movimiento óptimo en los grupos articulares en un corto tiempo.

Flexibilidad.- Capacidad para realizar movimientos de amplitud en donde interviene la movilidad articular y elasticidad muscular.

Resistencia.- Es la cualidad física y psíquica de soportar un esfuerzo y soportar la fatiga en cualquier actividad física, en donde también está implicada la capacidad de recuperación. Esta se divide en:

a) Resistencia aeróbica.- Se realiza a un ritmo de carrera lenta y en un tiempo prolongado, considerando las pulsaciones cardíacas y manteniéndolas entre 140 y 160 por minuto.

b) Resistencia anaeróbica.- Son los ejercicios en los que el esfuerzo es intenso, pero de corta duración, se requiere de un tiempo prolongado para la recuperación del organismo (comparable a la sensación de que falta el aire y el corazón se sale por la boca), en donde además existe una deuda de oxígeno.

5.4 Diferentes ejercicios

En un afán de realizar deportes y ejercicios, en busca no del control y reducción del peso, para limitar daños en la salud física y mental, sino en lograr moldear cuerpos, reducir medidas bajo el menor esfuerzo, es decir, desde la perspectiva estética, las personas con sobrepeso y obesidad inician una búsqueda de diferentes actividades deportivas y de moda que ofrecen resultados en poco tiempo sin considerar si la actividad es la adecuada, entre ellos se encuentran los siguientes:

5.4.1 Aeróbics

A través de los años esta técnica ha ido evolucionando hasta ser hoy en día una de las formas más atractivas para perder peso, incluso es practicado por varones, aun cuando es considerado propio para las mujeres, este ejercicio proporciona alegría y obliga al cuerpo a moverse por medio de la música y el ritmo.

Durante una hora de ejercicio moderado se pueden quemar hasta 260 calorías y en movimientos rápidos se incrementa el gasto de calorías de hasta 365 calorías, cada vez que el cuerpo baila, suda, se tonifica y se inicia el proceso de reducción de peso.

También resulta beneficioso porque mejora la postura, y flexibiliza los músculos, se trabajan todas las partes del cuerpo: bíceps, tríceps, piernas, pantorrillas, cintura, brazos, abdominales, ayuda a obtener buenos reflejos, ayuda a fortalecer los pulmones.

Una clase normal de aerobics pasa por las siguientes etapas:

- fase de calentamiento que tiene una duración de 10 minutos.
- fase de medio impacto de 10 a 15 minutos.
- Fase de alto impacto de 10 a 15 minutos
- Fase de descenso de intensidad de 10 a 15 minutos
- Enfriamiento donde se realizan ejercicios de estiramiento durante 10 minutos.

A pesar de los beneficios del aerobics tiene inconvenientes, debido a que trata a todos los participantes igual, sin tener una previa clasificación entre principiantes, intermedios y avanzados, lo que provoca frustración, falta de interés y lesiones en quienes inician este ejercicio. Castro D (2005), Flores (2009)

5.4.2 Spining

El Spining no es más que la bicicleta estacionaria en donde las coreografías se han modificado para hacer de este deporte algo atractivo y rentable.

La bicicleta estacionaria debe su llegada a los ciclistas Europeos y canadienses que no podían llevar a cabo su entrenamiento durante el invierno dada la presencia de la nieve y que impedía realizarlos en ruta y con la intensidad que se requería, de esta forma se diseñaron y utilizaron las bicicletas al interior del gimnasio donde no existen inclemencias del tiempo y el entrenamiento se puede llevar a cabo.

Desafortunadamente a muchas personas les pareció muy aburrido estar en una bicicleta fija pedaleando durante 20 minutos o una hora, de aquí surgió la idea de darle un poco de variedad a través de la música para favorecer el ritmo en diferentes intensidades, ahora llamado Spining. La práctica de este mejora la condición física, ayuda a disminuir el peso corporal, elimina el estrés y eleva la autoestima

Una clase de spining inicia con una fase de calentamiento y la otra de medio impacto, para dar inicio a la fase de intensidad, la cual es muy alta, y es aquí donde se generan los problemas de salud para quien no tiene una condición física adecuada, además de que no se considera la edad del participante y que se ven forzados a concluir esta fase.

Entre las desventajas del spining se encuentra que no consideran las edades de los participantes, ya que un joven de 25 años no hace el mismo esfuerzo físico que un adulto de 45 años de edad, lo cual resulta ser peligroso ya que si un sujeto

presenta cierto grado de enfermedad cardiovascular que no haya sido detectada (como es el caso de la población obesa), puede generar una crisis de angina de pecho y hasta un infarto. Otro problema delicado se debe a que las resistencias aumentadas hacen que el practicante que va iniciando y en consecuencia no tiene condición física, realizan un esfuerzo mayor con los músculos del muslo, lo que provocara lesiones en las rodillas y desgarres musculares a nivel del cuádriceps. Por otro lado los instructores no están capacitados técnicamente para llevar a cabo una sesión de spinning. El spinning una moda que puede ser peligrosa. (op cit), Memije (2006)

5.4.3 Natación

La natación es considerada como un deporte que requiere de un programa de acondicionamiento físico integral que otorga beneficios al cuerpo y favorece el desarrollo de las siguientes aptitudes:

- Fuerza.
- Velocidad.
- Resistencia aeróbica.
- Flexibilidad.

Este ejercicio ayuda a evitar los golpes que pueden provocar lesiones, debido a la capacidad natural de flotar, además incrementa el nivel de actividad física, lo cual genera un aumento en la energía que se quema, por lo que este deporte es considerado ideal para cualquier programa de control de peso. Gadea (2005). Pardini (2008)

5.4.4 Aquaerobics

Es un ejercicio aeróbico y anaeróbico en el que se realiza actividad en el agua a temperatura controlada, con música, cuyo objetivo principal es mejorar la condición física y el funcionamiento cardiovascular de quien lo practica y de esta forma prevenir hipertensión arterial y disminuir la posibilidad de sufrir un ataque cardiaco, favoreciendo la coordinación, además contribuye a la pérdida del sobrepeso. Esta actividad también es utilizada con personas discapacitada, ya que mejora el desarrollo psicomotriz y elasticidad, además de relajar.

Esta actividad trabaja contra la resistencia del agua, lo cual implica el desarrollo de fuerza y rango de movimiento durante las rutinas.

La rutina de esta actividad es parecida a la del aerobics, el calentamiento tiene una duración de 10 minutos, posteriormente el trabajo cardiovascular es de 30 a 40 minutos, para concluir con ejercicios de estiramiento y relajación por 10 minutos. Durante el desarrollo de la sesión se da una combinación de rutinas

básicas del aerobics, gimnasia y danza, también se utilizan bandas elásticas para tonificar, guantes, cinturones de flotación, pesas flotantes, tubos, tobilleras con lastre, banco, con lo que se aumenta la resistencia de los ejercicios y hace que las clases sean entretenidas.

Los beneficios físicos y psicológicos son los siguientes:

- Evita el estrés sobre articulaciones huesos y músculos (al trabajar con el agua a la cintura libera el 60% del peso corporal).
- La tonificación de los músculos es rápida y efectiva dada la resistencia del agua (12 veces más que la del aire).
- Al incrementar la carga de ejercicio bajo el agua, se consumen más calorías en menos tiempo.
- El cuerpo se mantiene con la sensación de frescura, lo cual reduce la presión arterial, disminuye la frecuencia cardiaca y aumenta el retorno venoso cardiaco.
- Favorece la circulación sanguínea debido a dos fenómenos, por un lado la acción térmica del agua en el cuerpo activa el sistema circulatorio, y por el otro lado la presión del agua en el organismo facilita el retorno venoso.
- Mejora las funciones pulmonares
- Elimina grasa y previene la obesidad
- Aumenta la vitalidad. Velásquez (2006)

5.4.5 Caminar

Caminar resulta ser uno de los ejercicios eficaces y agradables, porque no requiere ir al gimnasio, gastar dinero en ropa ni equipos, apegarse a un horario estricto., solo se necesitan zapatos cómodos y ganas de hacerlo, se recomienda hacerlo durante 20 minutos diarios.

Es un ejercicio seguro, ya que el cuerpo está acostumbrado a caminar y en consecuencia el riesgo de lesionarse un músculo o fracturarse es mínimo. Pero si requiere de moverse a un ritmo constante, mantener la cabeza en alto, la espalda derecha y meter el abdomen, procurando ir en línea recta mientras los brazos se mueven al ritmo de los pasos, apoyar toda la planta del pie en el suelo, primero el talón, luego los dedos, y respirar profundamente.

Las caminatas de 20 a 30 minutos 3 veces a la semana a una velocidad moderada son efectivas para quemar calorías, al respecto la velocidad debe ser suficiente para aumentar el ritmo cardiaco, sin generar agitación o fatiga. Konzevik (2004)

5.4.6 Correr

El correr se considera un ejercicio aeróbico muy accesible porque requiere una demanda de oxígeno continua al cuerpo de tal manera que el músculo utiliza como combustible básicamente las grasas., al correr se obtienen beneficios en la salud, entre los que destacan: la disminución de los niveles de colesterol y triglicéridos,

retarda la aparición de diabetes, mejora la presión arterial, favorece la circulación, previene varices, y eleva la autoestima, es considerado como uno de los pocos ejercicios que queman calorías rápidamente.

No obstante no es tan sencillo iniciar este ejercicio, ya que requiere de tres fases:

1. Parte inicial.- llamada calentamiento, es decir preparar a los músculos y articulaciones para realizar con el menor riesgo posible la actividad, así como para incrementar de forma paulatina la temperatura y el ritmo cardiaco y que requiere de 10 minutos.

2. Parte medular.- Se refiere al ejercicio recomendado y la duración depende del programa, se recomienda que durante la primera semana se empiece a trotar durante 1 minuto, sin sentir cansancio o falta de aire, y semanalmente aumentar un minuto más hasta completar 15 minutos durante 15 semanas, posteriormente aumentar 2 minutos semanalmente hasta completar 30 minutos por 8 semanas.

3. Cierre.-Es la fase que permite normalizar el funcionamiento del cuerpo, es decir disminuir paulatinamente, que la respiración sea normal y solo requiere de 5 minutos, tiempo durante el cual se sugiere realizar los ejercicios de calentamiento. Ya que en caso de llevar a cabo esta fase se corre el riesgo de marearse y llegar al desmayo. Castro (2005), Chávez (2006), Cordero (2007)

5.4.7 Pilates

En la actualidad un ejercicio de moda que debe su nombre al fisioterapeuta alemán Joseph H. Pilates, quien en 1920 durante la segunda guerra mundial lo creó y aplicó a los soldados lesionados, considerado como un método de gimnasia completa en el cual se combinan técnicas de yoga y ballet, principalmente se basa en 6 principios:

- 1.- Control a fin de evitar lesiones
- 2.- Precisión, que es derivada del control
- 3.- Flexibilidad (evitar movimientos rígidos)
- 4.- Fluidez en el movimiento.
- 5.- Respiración en coordinación con los ejercicios.
- 6.- Control mental.

Bajo estos 6 principios se busca la alineación del cuerpo y se toma como centro de gravedad al abdomen, el cual a través de los músculos de la pelvis, abdominales, caderas y glúteos trabaja desde los músculos profundos hasta los superficiales.

Los movimientos deben ser lentos y suaves, de bajo impacto con el fin de evitar lesiones en la columna, con pocas repeticiones, pero con precisión lo que implica esfuerzo.

Este ejercicio tonifica los músculos, evita el exceso de peso, mejora la resistencia cardiovascular, la capacidad aeróbica, corrige problemas de postura, aumenta la autoestima, aporta equilibrio y flexibilidad., sin embargo se debe complementar con otros ejercicios como la caminata, natación o aerobics, etc. Para lograr una disminución de peso. Llerenas (2006). Araujo (2004).

El Practicar cualquier deporte o ejercicio físico es bueno y necesario para conservar la salud, pero se debe tener cuidado con las modas en el deporte, así como con los instructores que no tengan la capacitación adecuada, dado lo anterior se recomienda realizar un examen médico previo que incluya una prueba de esfuerzo para que la persona conozca su estado de salud. Lo correcto sería también que se utilizara un monitor cardiaco y que se les explicara cual es la frecuencia máxima cardiaca que corresponde a cada intensidad de trabajo, es decir, no rebasar el 85% de frecuencia cardiaca dependiendo de la edad.

Con lo anterior se estarían previniendo y limitando lesiones deportivas cuyas causas principales se deben a:

- Calentamiento previo insuficiente
- Estiramiento posterior insuficiente
- No hacer estiramientos antes y después del ejercicio
- Sobre entrenamiento
- Falta de reposo
- Calzado incorrecto
- Equipo inadecuado
- Trabajar el cuerpo en contra de su constitución
- Ignorar lo que el cuerpo dice
- Mala técnica en los ejercicios de fuerza
- Ignorar medidas de seguridad
- No comer en forma adecuada López (2008)

5.6 Vigorexia

La vigorexia es un término de moda y no un término médico, utilizado para describir las alteraciones que tiene el individuo con la práctica desmedida de hacer ejercicio y que surge por la obsesión de desarrollar un físico escultural a través de un culto al cuerpo y en el que influye la comercialización y moda de los deportes.

”La vigorexia es una obsesión y compulsión por realizar ejercicio especialmente con pesas, con el objeto de tener un cuerpo estéticamente aceptable, lo que demanda invertir un gran número de horas diarias practicando esta actividad”. Pope citado en Flores (2009)

La imagen de un cuerpo fuerte y musculoso es considerado y promocionado por los medios de comunicación como sinónimo de salud y bienestar, el cual se logra a base de horas y horas en el gimnasio. Y es por medio de los mensajes

televisivos que se invita al público a hacer ejercicio para ser atractivo al sexo opuesto y causar envidia a personas de su mismo género, siendo las personas obesas las más susceptibles a comprar esta idea y en su afán por disminuir de peso caen en esta compulsión de hacer largas rutinas de ejercicio en busca de la figura deseada.

La vigorexia también es conocida como dismorfia muscular, consiste en permanecer muchas horas en el gimnasio haciendo ejercicio específicamente con pesas para aumentar la masa muscular (en el caso de los hombres), lo que conlleva al descuido de las actividades laborales, familiares, sociales y recreativas, es decir, el individuo se olvida de su entorno y se dedica de forma compulsiva a levantar pesas o hacer ejercicio. Lo cual no aplica en los maratonistas que deben hacer ejercicio 3 horas o más al día como parte de sus entrenamientos, ya que se trata de un deportista disciplinado y no de una persona con desorden emocional del compulsivo – obsesivo.

Por otro lado la practica excesiva de ejercicio puede generar desgarres musculares, tendinitis, sobreentrenamiento y crear problemas psicológicos que afectan el desempeño normal en su entorno.

Es importante destacar que el termino vigorexia no es aceptado totalmente por médicos del deporte, profesores de educación física y entrenadores, por considerarlo simplemente como un modismo del cual los medios de comunicación se han encargado de difundir. (Op cit)

5.7 Psicología del deporte

La psicología del deporte como disciplina se inicio en el congreso internacional, realizado en 1965 en Roma, y desde ese año ha estado presente en literatura especializada y en encuentros científicos, las investigaciones realizadas en esta disciplina se centran en la competición, alto rendimiento, participación y abandono del deporte infantil y juvenil, los agentes psicosociales, diferencias de género, así como de agentes afectivo motivacionales de la actividad física.

Para González (2001) “La Psicología del deporte es una ciencia aplicada que estudia los procesos psíquicos y la conducta del deportista en la actividad deportiva, persigue conocer y optimizar las condiciones internas del deportista con el propósito de lograr la expresión del potencial físico, técnico y táctico adquirido en el proceso de preparación”

Algunas instituciones de salud que promueven el ejercicio para combatir el sobrepeso y la obesidad destacan la necesidad de crear programas para cumplir el objetivo, entre las que se encuentran IMSS, ISSSTE, SSA, GDF, etc. sin embargo, no consideran la participación del Psicólogo para evitar la deserción del ejercicio y que los esfuerzos que están realizando dichas instituciones no resulten

inútiles y no se cumplan los objetivos, lo cual es una área de oportunidad para la psicología del deporte ya que puede hacer del ejercicio y la actividad física instrumentos para buscar la integración social y medios para la salud física y psíquica de los sujetos a través de estrategias psicológicas que mejoren la adherencia a los programas deportivos de las Instituciones tendientes a elevar la calidad de vida. Palmero (2002)

La participación o abandono del deporte depende de diferentes motivos que para Palmero se clasifican en 5 categorías:

- a).- Motivos relacionados con el placer, diversión o el disfrute
- b).- Motivos relacionados con las relaciones interpersonales
- c).- Motivos relacionados con la búsqueda de superación y el logro
- d).- Motivos relacionados con la salud
- e).-Motivos relacionados con la mejora de las cualidades físicas (donde se incluye la mejora de la autoimagen)

CAPITULO 6 METODOLOGIA

Planteamiento del problema

¿Existe una relación de la población derechohabiente femenina y masculina con obesidad de la U.M.F. 37 con su autoestima y variables sociodemográficas?

Preguntas específicas

¿Existe una relación de la población femenina con obesidad de la U.M.F. 37 con su autoestima y variables sociodemográficas?

¿Existe una relación de la población masculina con obesidad de la U.M.F. 37 con su autoestima y variables sociodemográficas?

¿Existen diferencias estadísticamente significativas de la población derechohabiente femenina y masculina de la U.M.F. 37 con su autoestima y variables sociodemográficas?

Objetivos

Conocer si existe relación entre la población femenina derechohabiente con obesidad, su autoestima y variables sociodemográficas.

Conocer si existe relación entre la población masculina derechohabiente con obesidad, su autoestima y variables sociodemográficas.

Analizar las diferencias estadísticamente significativas entre la población femenina y masculina con obesidad, su autoestima y variables sociodemográficas.

Hipótesis

Existe una relación de la población derechohabiente femenina y masculina con obesidad de la U.M.F. 37 con su autoestima y variables sociodemográficas

Existe una relación de la población femenina con obesidad de la U.M.F. 37 con su autoestima y variables sociodemográficas

Existe una relación de la población masculina con obesidad de la U.M.F. 37 con su autoestima y variables sociodemográficas

Existen diferencias estadísticamente significativas de la población derechohabiente femenina y masculina de la U.M.F. 37 con su autoestima y variables sociodemográficas

Variables

V.D.- Autoestima

V.I.- Variables sociodemográficas (sexo, edad, ocupación, escolaridad estado civil)

V. Control.- Obesidad

Definición operacional

V.D. La autoestima es la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia su persona en la que involucra un grupo de cogniciones y sentimientos.

V.I. Variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad).

V.C. La obesidad es la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, cuyo índice de masa corporal en el individuo es igual o mayor a 27.

Definición conceptual

V.D. “La autoestima es la confianza en nuestra capacidad de pensar, de afrontarnos en los desafíos de la vida, la confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos”. Branden (2003)

V.C.”La obesidad es la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un IMC mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25”. NOM-174-SSA1-1998

Tipo de diseño

Ex - Post-facto

Tipo de estudio

Estudio de campo, descriptivo transversal

Participantes

Población derechohabiente de la Unidad de Medicina familiar no. 37

Muestra

100 Hombres

100 Mujeres

Criterios de inclusión

Mujeres y hombres de 20 a 45 años

Con índice de masa corporal mayor de 27

Adscritos a la UMF no. 37

Que no tengan padecimientos crónicos degenerativos

Que estén dispuestas a participar en el protocolo

Muestreo

No probabilístico intencional por cuotas

Procedimiento

Una vez diseñado el instrumento en la escala de lickert, se aplicará a la población seleccionada en la UMF 37 o de ser necesario en su domicilio, posteriormente se hará el análisis de los resultados para obtener conclusiones

Instrumento

Cuestionario con tipo de respuesta escala lickert. El instrumento a utilizar de Autoestima fue elaborado por Lucy Reidl (1981), consta de 20 afirmaciones, con una confiabilidad de 0.80.

Análisis de resultados

Frecuencias, confiabilidad, validez, correlación y ANOVA a través del paquete estadístico SPSS

CAPITULO 7
DESCRIPCIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

Tabla de frecuencias

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	11	5.5%
Secundaria	41	20.5%
Medio superior	84	42%
Licenciatura	60	30%
Posgrado	4	2%

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	100	50%
Masculino	100	50%

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	33	16.5%
Estudiante	34	17%
Comerciante	15	7.5%
Empleado especialista	27	13.5%
Empleado en oficina	86	43%
Empleado de intendencia	5	2.5%

IMC	Frecuencia	Porcentaje
27 a 30	111	55.5%
31 a 34	63	31.5%
35 a 38	22	11%
39 a 51	4	2%

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 a 29	70	35%
30 a 39	87	43.5%
40 a 45	43	21.5%

1.- Soy una persona con muchas cualidades	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	165	82.5%
Indiferente	23	11.5%
Desacuerdo	12	6%

2.-Por lo general, si tengo algo que decir, lo digo	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	171	85.5%
Indiferente	15	7.5%
Desacuerdo	14	7%

3.- Con frecuencia me avergüenzo de mi mismo	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	37	18.5%
Indiferente	51	25.5%
Desacuerdo	112	56%

4.-Casi siempre me siento seguro (a) de lo que pienso	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	159	79.5%
Indiferente	22	11%
Desacuerdo	19	9.5%

5.- En realidad, no me gusto a mi mismo (a)	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	32	16%
Indiferente	62	31%
Desacuerdo	106	53%

6.- Rara vez me siento culpable de cosas que he hecho	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	104	52%
Indiferente	43	21.5%
Desacuerdo	53	26.5%

7.- Creo que la gente tiene buena opinión de mi	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	132	66%
Indiferente	55	27.5%
Desacuerdo	13	6.5%

8.- Soy bastante feliz	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	153	76.5%
Indiferente	29	14.5%
Desacuerdo	18	9%

9.- Me siento orgulloso (a) de lo que he hecho	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	173	86.5%
Indiferente	13	6.5%
Desacuerdo	14	7%

10.- Poca gente me hace caso	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	27	13.5%
Indiferente	80	40%
Desacuerdo	93	46.5%

11.-Hay muchas cosas de mi que cambiaria si pudiera	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	91	45.5%
Indiferente	46	23%
Desacuerdo	63	31.5%

12.- Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	46	23%
Indiferente	51	25.5%
Desacuerdo	103	51.5%

13.- Casi nunca estoy triste	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	99	49.5%
Indiferente	52	26%
Desacuerdo	49	24.5%

14.- Es muy difícil ser uno mismo	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	43	21.5%
Indiferente	56	28%
Desacuerdo	101	50.5%

15.- Es fácil que yo le caiga bien a la gente	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	116	58%
Indiferente	50	25%
Desacuerdo	34	17%

16.- A veces desearía ser más joven	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	38	19%
Indiferente	61	30.5%
Desacuerdo	101	50.5%

17.- Por lo general, la gente me hace caso cuando la aconsejo	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	100	50%
Indiferente	75	37.5%
Desacuerdo	25	12.5%

18.- Siempre tiene que haber alguien que me diga qué hacer	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	32	16%
Indiferente	49	24.5%
Desacuerdo	119	59.5%

19.- Con frecuencia desearía ser otra persona	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	16	8%
Indiferente	45	22.5%
Desacuerdo	139	69.5%

20.- Me siento bastante seguro (a) de mi mismo (a)	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	168	84%
Indiferente	15	7.5%
Desacuerdo	17	8.5%

7.1 Descripción factorial

Matriz de componentes rotados(a)

	1 Dependencia 0.735	2 Seguridad 0.568	3 Sentimientos 0.417	4 Opiniones 0.163
Con frecuencia desearía ser otra persona	.771			
Siempre tiene que haber alguien que me diga qué hacer	.735			
Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente	.701			
Es muy difícil ser uno mismo	.583			
En realidad no me gusto a mi mismo	.463			
A veces desearía ser más joven	.391			
Por lo general, si tengo algo que decir lo digo		.741		
Casi siempre me siento seguro de lo que pienso		.700		
Me siento bastante seguro de mi mismo		.610		
Me siento orgulloso de lo que de hecho			.855	
Soy bastante feliz			.519	
Casi nunca estoy triste			.389	
Es fácil que yo le caiga bien a la gente				.677
Creo que la gente tiene buena opinión de mi				.585
Por lo general, la gente me hace caso cuando la aconsejo				.420

7.2 Análisis factorial

Se realizó un análisis factorial al instrumento aplicado a una muestra de 200 sujetos sin padecimientos crónicos degenerativos (100 hombres y 100 mujeres), cuyas edades fluctúan de 20 a 45 años, con un IMC > 27.

Dicho análisis arrojó 4 componentes con cargas factoriales estadísticamente significativas (mayores de .35)

En el primer factor las afirmaciones corresponden a una baja autoestima, en donde predomina el sentimiento de dependencia, inseguridad, defectos de sí mismo, este se denominó dependencia.

El segundo factor (seguridad), tercero (sentimientos) y cuarto (opiniones) corresponden a sujetos que poseen una alta autoestima, denotan seguridad en sí mismos, en sus logros, sentimientos y opiniones positivas que otras personas tienen de ellos.

El primer factor (dependencia) denota una baja autoestima observándose que las afirmaciones que se incluyen en este (con frecuencia desearía ser otra persona, en realidad no me gusta a mí mismo y a veces desearía ser más joven) se relaciona con la imagen corporal que corresponde a la percepción que se tiene de sí mismo en particular al cuerpo y hacia la apariencia generando que la persona obesa tenga un pobre autoconcepto de sí misma debido a que su imagen corporal es deficiente, Cash y Pruzinsky (1990) Guelar y Crispo (2000), Shaffer y Waslick (2003), Maya (2004) y si a esto le agregamos la gran cantidad de anuncios publicitarios que venden la idea de felicidad solo en personas esbeltas y a la venta de productos milagro que incitan a las personas con obesidad al consumo de estos productos y en caso de lograr el objetivo deseado podrán ser otras personas, estar a gusto consigo mismas y ser aceptados en una sociedad basada en los cánones de belleza externa que dicta la moda, exige una silueta esbelta con ciertas medidas y tallas pero si es lo contrario solo les provocará frustración y baja autoestima al no concretar la meta. Hernández (2003), Villegas (2003), Chinchilla (2002), González (2003).

La afirmación: Es muy difícil ser uno mismo, para Álvarez (1998) una persona obesa con baja autoestima vive triste y esta se ve en su mirada, postura, y la actitud hacia los demás, la cual generalmente disfraza con gestos de euforia, comicidad, es capaz de hacer chistes y burlarse de su gordura esperando recibir la aceptación de otros a través del engaño, sin embargo desconfía de todos y esto provoca que viva aislado y en soledad ya que rehúye las fiestas, no asiste a reuniones sociales y se refugia en su casa, lo que conlleva a que sienta celos y envidia hacia los demás manifestándose por medio de la agresividad y que como ya se mencionó es capaz de disfrazar estas conductas también con atenciones y buenas maneras hacia los otros. Es importante destacar que estas conductas

pueden llevar a una persona con obesidad y baja autoestima a desarrollar trastornos de la alimentación como es bulimia y anorexia nerviosa presentes no solo en mujeres sino también en hombres. Clarkson, Riedl, (1997); Crispo, Figueroa, Guelar, (1996), O'Dea, Abraham, (2002); Woodside (2002).

La afirmación me cuesta trabajo hablar delante de la gente se puede mencionar que la autoestima se va formando desde la etapa escolar en donde los maestros y compañeros de clase juegan un papel importante, ya que estos serán el punto de comparación y modelo a seguir, lo que para Bazaldua (1996) es un estándar mas de autoestima. Si en esta etapa las burlas, críticas, rechazo y discriminación hacia los niños obesos están presentes este tendrá una tendencia a buscar consuelo en la comida y al paso del tiempo su autoestima estará mermada provocando en el sujeto desconfianza, se verá con menos capacidades que los demás, de tal manera que en la actualidad una persona obesa es rechazada por las empresas, un tanto por su apariencia física y otra por los riesgos de enfermedad que conlleva, aun cuando tenga una preparación académica de nivel superior, es decir son discriminados social y laboralmente además de ser considerados sucios, glotones y torpes, estos adjetivos en la persona obesa provocan un sentimiento de culpa y en consecuencia baja autoestima. Morales (1998), Novoa (2006), Lohr (2008), Mancilla y Gómez (2006)

La afirmación siempre tiene que haber alguien que me diga que hacer se debe a que las personas obesas basan su aprobación externa en su apariencia física lo que los hace dependientes de la opinión de los demás, aceptando de esta forma que sean tratados por medio de burlas, como personas de 2ª. clase provocando en el sentimientos de impotencia, frustración, culpabilidad y se creen imposibilitados para resolver sus problemas entre los que se encuentra presente la obesidad demostrando así su baja autoestima porque además se comportan como inválidos o discapacitados y cabe mencionar que debido a su baja autoestima son más susceptibles a las presiones sociales y al riesgo de padecer algún tipo de trastorno alimenticio. Gómez-Pérez-Mitre y Saucedo (1998).

Los factores 2 (seguridad), 3 (sentimientos) y 4 (opiniones) se encuentran las siguientes afirmaciones: por lo general si tengo algo que decir lo digo, casi siempre me siento seguro de lo que digo, me siento bastante seguro de mi mismo, me siento bastante orgulloso de lo que he hecho, soy bastante feliz, casi nunca estoy triste, es fácil que yo le caiga bien a la gente, creo que la gente tiene buena opinión de mi, por lo general la gente me hace caso cuando la aconsejo, las cuales denotan una autoestima alta

La autoestima positiva es la valoración benéfica que se hace la persona de si misma basándose en experiencias propias positivas en donde la familia y el medio que lo rodea contribuyen a reafirman esta valoración a través del respeto

sin caer en adulaciones (Smith, Mackie 1997). (Briggs Dorothy pp 33) (Me cerville 2004).

Una persona con autoestima alta se siente capaz para enfrentar la vida, expresar sus pensamientos, es consciente de sus errores además de tener la capacidad de aprender de ellos. Trata a los demás con respeto, dignidad y confianza. Brander, (1998) Branden, (2003)

7.3 Análisis de varianza

Se realizó un análisis de varianza haciendo uso de las afirmaciones que denotan baja autoestima y de las variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación.

EDAD

dependencia (Es muy difícil ser uno mismo)	Diferencia entre medias		Significancia
edad	20 a 27	2.50	.031
	39 a 45	2.04	

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de edad, ya que los resultados obtenidos en este análisis la media más pequeña (2.04), representa al grupo de 39 a 45 años de edad quienes están en desacuerdo con la afirmación Es muy difícil ser uno mismo, la cual denota baja autoestima, en tanto que la media más alta (2.50), correspondiente al grupo de 20 a 27 años de edad, quienes manifiestan estar de acuerdo ante tal afirmación.

Sentimientos (Es fácil que yo le caiga bien a la gente)	Diferencia entre medias		Significancia
edad	34 a 38	1.85	.009
	20 a 27	1.34	

En esta afirmación el grupo de 20 a 27 años de edad están en desacuerdo en que es fácil que le caigan bien a la gente, como lo demuestra la diferencia estadísticamente significativa (1.34) mientras que el grupo de 34 a 38 años está de acuerdo con dicha afirmación, ya que como se observa la diferencia corresponde a 1.85

dependencia (A veces desearía ser más joven)	Diferencia entre medias		Significancia
edad	20 a 27	2.50	.015
	39 a 45	2.10	

El grupo de 20 a 27 años están de acuerdo con que a veces desearían ser más joven, como se puede observar la media corresponde a 2.50, mientras que el grupo de 39 a 45 años están en desacuerdo en que a veces desearían ser más jóvenes como lo demuestra la media más baja que corresponde a 2.10

SEXO

dependencia (Hay muchas cosas de mi que cambiaria si pudiera)	Diferencia entre medias		Significancia
sexo	Masculino	2.06	.001
	Femenino	1.66	

En relación al sexo los hombres, con una media de 2.06 están de acuerdo con la afirmación “hay muchas cosas de mi que cambiaria si pudiera” en tanto que el sexo femenino está en desacuerdo con tal afirmación como lo demuestra la media de 1.37.

Seguridad (Me siento bastante seguro de mi mismo)	Diferencia entre medias		Significancia
sexo	Masculino	2.12	.003
	Femenino	1.37	

Ante tal afirmación los hombres están de acuerdo con sentirse seguros de sí mismos con una media de 2.12, no así las mujeres como se puede comprobar con la media de 1.37

ESCOLARIDAD

dependencia (Con frecuencia desearía ser otra persona)	Diferencia entre medias	Significancia
escolaridad	Primaria	2.09
	Secundaria	2.49
	Medio superior	2.61
	Licenciatura	2.80
	Posgrado	2.75
		.005

dependencia (Hay muchas cosas de mi que cambiaría si pudiera)	Diferencia entre medias	Significancia
escolaridad	Primaria	1.27
	Secundaria	1.54
	Medio superior	1.95
	Licenciatura	2.07
	Posgrado	1.75
		.009

Estas dos tablas muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la población con estudios de nivel superior (licenciatura) que están de acuerdo con una media de 2.80 y 2.07 en que con frecuencia desearían ser otra persona y Hay muchas cosas que cambiarían si pudieran, respectivamente, en relación con la población que tiene estudios de educación primaria que están en desacuerdo con estas dos afirmaciones con una diferencia entre medias de 2.09 y 1.27.

Seguridad (Soy una persona con muchas cualidades)	Diferencia entre medias	Significancia
escolaridad	Primaria	1.55
	Secundaria	1.22
	Medio superior	1.19
	Licenciatura	1.20
	Posgrado	2.00
		.015

La población que tiene estudios de nivel medio superior está en desacuerdo con la afirmación arriba mencionada con una media de 1.19, cosa contraria con quien tiene estudios de posgrado como se observa la media de 2.00.

ESTADO CIVIL

Sentimientos (Es fácil que yo le caiga bien a la gente)	Diferencia entre medias	Significancia
Estado civil	Soltero	1.40
	Casado	1.70
	Divorciado	1.00
	Viudo	1.00
		.007

Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre divorciados y viudos con una media de 1.0 que están en desacuerdo con la afirmación es fácil que yo le caiga bien a la gente, mientras que los solteros están de acuerdo con tal afirmación como lo demuestra la media de 1.40

dependencia (Hay muchas cosas de mi que cambiaría si pudiera)	Diferencia entre medias	Significancia
Estado civil	Soltero	1.98
	Casado	1.76
	Divorciado	3.00
	Viudo	1.00
		.026

En esta afirmación la diferencia de medias menor (1.00) corresponde a los viudos quienes manifiestan estar en desacuerdo con dicha afirmación, en tanto que los divorciados están de acuerdo como se observa la media de 3.00.

Seguridad (Soy una persona con muchas cualidades)	Diferencia entre medias	Significancia
Estado civil	Soltero	1.19
	Casado	1.26
	Divorciado	1.00
	Viudo	3.00
		.026

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los divorciados y viudos con una diferencia de medias de 1.00 y 3.00 respectivamente, siendo los divorciados quienes están de acuerdo con la afirmación, caso contrario con los viudos que manifiestan desacuerdo.

OCUPACION

Seguridad (Me siento bastante seguro de mi mismo)	Diferencia entre medias	Significancia
Ocupación	Ama de casa	1.55
	Estudiante	1.03
	Comerciante	1.53
	Empleado especializado	1.11
	Empleado de oficina	1.22
	Empleado de intendencia	1.00

Sentimientos (Me siento orgulloso de lo que he hecho)	Diferencia entre medias	Significancia
Ocupación	Ama de casa	1.52
	Estudiante	1.09
	Comerciante	1.33
	Empleado especializado	1.11
	Empleado de oficina	1.15
	Empleado de intendencia	1.00

Estas dos tablas arrojan una diferencia estadísticamente significativa entre las amas de casa quienes están de acuerdo (1.55 y 1.52 respectivamente) ante las afirmaciones “Me siento bastante seguro de lo que he hecho” y “Me siento orgulloso de lo que he hecho” en tanto que los empleados de intendencia están en desacuerdo con dichas afirmaciones (1.00).

Análisis

Se observa que el grupo de 20 a 27 años manifestó estar de acuerdo con las afirmaciones que denotan baja autoestima de acuerdo a las subescalas del análisis factorial, debido a que aún muchos de ellos todavía no alcanzan la madurez ni tienen perfectamente claro y definido su porvenir; les ocupa más otro tipo de pensamientos, tales como lograr metas socialmente establecidas, como tener una casa, un auto, una familia con hijos, etc., mientras que los del grupo de 30 a 45 años, ya tiene más conocimiento y experiencia en la vida y han podido darse cuenta que socialmente a veces no es tan conveniente ser “uno mismo” para alcanzar sus objetivos e incluso que el ser uno mismo les habrá bloqueado el arribo a sus objetivos.

Respecto al género, los hombres están de acuerdo con las afirmaciones que reflejan baja autoestima (dependencia e inseguridad) dados los sentimientos de tristeza, de rechazo, baja autoestima, que lleva al individuo a sentirse inútil y convencido de que no puede influir en el medio ambiente de la manera en que él lo necesita, se siente incapaz frente a algunos acontecimientos, tiende a no esforzarse y creerse inútil, por lo general es una persona sumamente pasiva. Ledesma y Melero (1989). Aun cuando tengan una preparación académica de nivel superior podrían propiciar la discriminación y el rechazo social, lo que desencadenaría en un sentimiento de culpa y, en consecuencia, una baja autoestima

El individuo obeso enfrenta de manera adicional a los problemas físicos y alteraciones mentales, la discriminación de otros individuos relacionados con el empleo y las funciones socioeconómicas, lo que incrementa su depresión provocando de ésta manera que consuma más alimentos, además de poseer una pobre imagen de sí mismo, genera un sentimiento de inferioridad que le ocasiona dificultad para relacionarse con los demás. Una persona obesa es rechazada por las empresas, dada su imagen y el riesgo de salud que corren, aun cuando académicamente estén preparados. Lohr (2008), Novoa (2006).

La persona con obesidad se siente culpable tras el divorcio, sea hombre o mujer, al sentirse así se considera a sí mismo como incompetente, incapaz y si otras personas también lo culpan, refuerzan de esta manera su baja autoestima, de tal manera que reducen la cantidad de amistades y redes sociales, eventos que le ayuden a socializar y salir más rápidamente de este estado, generando de esta forma un aislamiento como lo manifiestan al estar en desacuerdo con las afirmaciones: Es fácil que yo le caiga bien a la gente, soy una persona con muchas cualidades, hay muchas cosas de mi que cambiaría si pudiera. Gómez-Pérez-Mitre y Saucedo 1998).

CAPITULO 8

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

En la actualidad la obesidad se considera como epidemia, México ocupa el segundo lugar en obesidad. El IMSS desde hace 10 años advirtió el crecimiento de la obesidad y la relación de esta con los padecimientos crónico degenerativo.

Molinar Horcasitas (2008), exdirector general del IMSS declaro que la obesidad es una amenaza para el Instituto Mexicano del Seguro social y para el país ya que se está perdiendo la competitividad, además de que genera costos en materia de salud para el IMSS, debido a los problemas cardiovasculares y enfermedades crónico degenerativas en donde la obesidad está presente, afirma que si se logra disminuir y controlar la obesidad, así como las enfermedades relacionadas con ésta, a mediano plazo el IMSS tendría un ahorro de 500 mil millones de pesos.

La presente investigación tuvo como objetivos conocer si existe relación entre la población derechohabiente con obesidad femenina y masculina, la autoestima y variables sociodemográficas, así como analizar las diferencias estadísticamente significativas.

Esta investigación arrojó diferencias estadísticamente significativas, además de que la edad, escolaridad, estado civil, ocupación y genero están relacionadas en la autoestima de los derechohabientes con obesidad de manera significativa, por lo cual los postulados planteados se aceptan, debido a que la obesidad se relaciona con alteraciones psicológicas como son los malos hábitos de alimentación, distorsión de la imagen corporal, incremento de la ansiedad, angustia y depresión, lo que provoca que sigan ganando peso generándose de esta forma una baja autoestima debido a todas aquellas discriminaciones y vejaciones de que es objeto la persona obesa, sin omitir la perdida de la salud a la cual es propenso.

Mas que un asunto estético, la obesidad tiene implicaciones económicas, sociales y psicológicas, por lo cual el control y prevención de esta requiere de la participación no solo de las instituciones de salud sino de la sociedad en general, padres, maestros, en relación a las instituciones de salud, es importante que el tratamiento, control y prevención de la obesidad se cuente con equipo multidisciplinarios como tal.

El IMSS ha implementado estrategias a través de diferentes programas entre los que se pueden destacar “grupos de ayuda de obesidad”, Estrategia Sohdi, “Vamos por un millón de kilos” en donde a través de nuevos modelos educativos donde predomina el aprendizaje significativo ha incluido factores de tipo emocional, como es el reconocimiento de el miedo, enojo, ira, y desde el enfoque cognitivo conductual establecimiento de metas, solución de problemas, modificación de conductas, etc.

Sin embargo estos programas o estrategias no han tenido los resultados esperados, ya que no se está considerando la participación del psicólogo en el

equipo multidisciplinario y a que continúa la tendencia de las instituciones de salud a biologizar al paciente, olvidándose de la esfera psicológica, avocarse a la medicina curativa y no preventiva. Además de que como ya se mencionó en la prevención de la obesidad es importante la participación de la sociedad y de las escuelas en donde recientemente y debido a la intervención de la COFEPRIS ya no se venderán refrescos ni comida chatarra en las cooperativas.

La labor profesional de psicólogo en las instituciones es igual de importante que la de los otros integrantes, y sin embargo no se le ha dado la importancia, ya que las estrategias mencionadas no están considerando el nivel de autoestima de las personas, consideramos que en la medida que esta se trabaje ya sea en forma individual o grupal provocara cambios de conducta, motivara al paciente a no desertar de los grupos, y a mantenerse en la lucha por controlar la obesidad.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ Abraham S. (1996) “*Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios*”, Alianza Editorial, España.
- ❖ Acosta M. (2008). “La enfermedad cardiaca coronaria”. *Rev. Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 55. Pág. 35 – 40
- ❖ Alcantará G. y Bazaldúa A. (1996) Tesis: “*Diferencia en la autoestima entre hombres y mujeres adolescentes*”, Tesis de Licenciatura. México. UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
- ❖ Aldrete (2004). “Infarto agudo del miocardio. ¿Se puede prevenir?”, *Rev. Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 06 Pág. 31- 38
- ❖ Alonso G. (2005). “Cómo detectar oportunamente la diabetes mellitus”. *Rev. Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 16. Pág. 44 – 47.
- ❖ Álvarez R. (1998) “*Obesidad y autoestima*”, Ed. McGraw-Hill. México
- ❖ Amerio (1954) “*Historia de la filosofía*”. Ed. Liberia. México
- ❖ Aparicio R (2001) “*Evaluación diagnóstica y conceptual de los trastornos alimenticios: Anorexia y Bulimia Nerviosa*” Tesina de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.
- ❖ Araujo C. (2004), “Pilates, el método que todos podemos practicar” *Rev. Medicina Preventiva A Tu Salud*. No.5.Pág. 90 – 93
- ❖ Arellano, Bastarrachea (2004). “La obesidad en México, posición de la sociedad Mexicana de Nutrición y endocrinología” *Rev. de Endocrinología y nutrición* no. 4, Pág 80–87
- ❖ Arletti S. (1990), “*Psicoterapia de la depresión*”. Ed. Paidós. México
- ❖ Arroyo (2005), “Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético”, *Rev. Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, no. 2 Pág. 63 - 68
- ❖ Badillo (2004) Tesis “*Relación entre satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal y actitud hacia la obesidad de mujeres a hijos*”. Tesis de Licenciatura. México. UNAM Facultad de Psicología.
- ❖ Bolio R. (2004). “*Las dietas engordan, comer adelgaza*”. Ed GBE. México.
- ❖ Bonilla M. (2007). “Técnicas de relajación” *Rev. Medicina Preventiva A Tu Salud*. No.41. Pág. 66- 72.
- ❖ Botello L. (2008). “Diabetes en Números”. *Rev. Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 47. Pág. 18 – 20
- ❖ Branden N. (2003) “*El poder de la autoestima, cómo potenciar este importante recurso psicológico*” Ed. Paidos, México
- ❖ Bravo C. (2005). “Várices”. *Rev. Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 14. Pág. 40 – 44.
- ❖ Briggs C. (1998) “*El niño feliz. Su clave psicológica*” Ed. Gedisa Colección Libertad II Cambio. España

- ❖ Brownell (2008) <http://www.apa.org/monitor/jan 04>. Extraído el 4 de septiembre de 2008
- ❖ Castro D. (2005), “Como mejorar tu resistencia aeróbica” Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No.20 .Pág. 87 – 92.
- ❖ Castro D.(2005). “Como empezar a correr y no desistir en el intento” Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No.11.Pág. 90 – 93
- ❖ Castro D.(2005). “Los errores más comunes al hacer ejercicio” Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No.19.Pág. 90 – 93
- ❖ Castro D.(2005). “Entrenamiento aeróbico” Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No.14.Pág. 89 – 94
- ❖ Chávez A. (2007). “¿Qué pasa cuando los triglicéridos están altos?”. Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 45. Pág. 43 – 47
- ❖ Chávez R.(2006). “Ejercítate en casa y sin gastar” Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 32 Pág. 90 – 93
- ❖ Chinchilla A. (2002) “*Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*”. Ed. Masson. México
- ❖ Coperias E.(1995). “Atrévete a adelgazar”, Rev. *Muy Interesante*, Año XIV No. 10, Pág. 20-28.
- ❖ Coperias E.(2002), La Nueva Ciencia de estar Sano , Rev. *Muy Interesante* Año XIX No. 8, pag. 3-22
- ❖ Coperias E.(2004) Verdades y mentiras de los adelgazantes Rev. *Muy interesante*, año XXI no. 8 , pág. 27 – 36
- ❖ Cordero.(2008). “Como aumentar la actividad para controlar su peso” Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 47 Pág. 89 – 93.
- ❖ Cordero.(2007). “Arme su propio programa de ejercicios para controlar su peso” Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 35 Pág. 88 – 93
- ❖ Corona A. (1998) “El gobierno del cuerpo. Tecnologías disciplinarias y administración dietética”. En: *Revista Psicológica y Ciencia social*, Vol 2. No. 1,3-14
- ❖ Corpus F.(2005). ”Todo sobre el estrés”. Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No. 13. Pág. 40 - 49
- ❖ Cuchilla A. (2002) “*Trastorno de la conducta alimentaria, Anorexia y Bulimia Nerviosa, Obesidad y Atracones*” Ed. Masson México.
- ❖ Dávalos (2008) <http://www.edomexico.gob.mx/tvmex/tvmex.html>. Extraído el 8 de agosto de 2008
- ❖ Delgado I.(2008). “Dietas de Moda: ¿Cuestión de Salud o Estética?”, Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No. 51, Pág. 55-60
- ❖ Editor (2008)”Investigaciones en curso Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No. 53. Pág.12 – 16.
- ❖ Escobedo J. (2004) “La hipertensión. En silencio, pero llega”,Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 02. Pág.42 – 48

- ❖ Feinstein S. Y Sorosky A. (1988) *“Trastorno de la alimentación: Bulimia, Obesidad, Anorexia Nerviosa.* Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.
- ❖ Flores S. (2009 Abril) “La importancia de la práctica de la actividad física” extraído el 24 de octubre de 2009 de <http://www.netbusiness.com./immedarf/articulos.htm>
- ❖ Flores S. (2009 Abril). “Las lesiones más frecuentes, sus manifestaciones, diagnóstico y prevención” extraído el 24 de Octubre de 2009 de <http://www.netbusiness.com./immedarf/articulos.htm>.
- ❖ Flores S. (2009 Abril)“El spinning, una moda que puede ser peligrosa, extraído el 24 de Octubre de 2009 de ”<http://www.netbusiness.com./immedarf/articulos.htm>.
- ❖ Freud (1980) *“Obras Completas de Freud”* Tomo XVI, Buenos Aires
- ❖ Gadea S (2005) “La natación, un deporte completo e ideal para todos” Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud.* No.12.Pág. 91 – 93
- ❖ Gafaro A. (2001) *“Anorexia y Bulimia.”* Ed. Norma. México
- ❖ García E. (2004), “En qué consiste el tratamiento multidisciplinario de la obesidad?” Rev. *de Endocrinología y nutrición* no. 4, Pág. 148 – 151.
- ❖ García E. (2004) “¿Cómo se diagnostica la obesidad y quién debe hacerlo?” Rev. *de Endocrinología y nutrición* no 4. Pag. 91 - 95
- ❖ García J. y Sánchez J. (2000) *“Imagen Corporal Conocer y valorar el propio cuerpo”* Ed. Pirámide Madrid
- ❖ García J.(2004). “Actividad física para la salud de los adultos sanos” Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud.* No.1.Pág. 87 – 98
- ❖ Gómez H.(2004) “Obesidad en Adultos Derechohabientes del IMSS. Encuesta Nacional de Salud 2000” Rev. *MED. IMSS.* (3), Pág. 239-245
- ❖ Gómez M. (2001) “La caminata: ¿Importante en el tratamiento de pacientes hipertensos?” Rev. *Enfermería IMSS* no. 9 pág. 9 – 13
- ❖ González A.(2008). “Haga ejercicio en casa” Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud.* No.1.Pág. 88 – 91
- ❖ González L. (2001 Abril). “Una aproximación practica a la Psicología del deporte” extraído el 6 de Marzo, 2009 de Revista digital [http:// www.efdeportes.com](http://www.efdeportes.com).
- ❖ González L. (2003) “Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria” Rev. *Salud Mental* Vol. 26 No. 3 Pag. 1-8
- ❖ González R. Y Pérez C. (2002) *“Asociación entre sintomatología de trastorno alimentario y rasgos específicos de la personalidad”* Tesis de Licenciatura. UNAM FES Iztacala.
- ❖ Guelar D., Crispo R. (2000). *“Adolescencia y trastornos del comer”* Ed. Gedisa. Barcelona.
- ❖ Guía para el cuidado de la salud Mujeres de 20 A 59 años. IMSS (2001)
- ❖ Hernández A. (2003). “Efectos de la Consejería nutricional en la Reducción de Obesidad en el Personal de Salud” Rev. *MED. IMSS* 41 (59): Pág. 429-435
- ❖ Hewstone M. Y Stroebe (1993) *“Introducción a la psicología social”*, Ed. Ariel
- ❖ Instituto mexicano de medicina del deporte y actividad física (IMMEDAF)
- ❖ James A.(1981). *“Depresión y existencia humana”* Ed. Salvat editores S.A. Barcelona

- ❖ Konzevik (2004). “¡A caminar!” Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No.1.Pág. 89 – 91
- ❖ Ledesma A., Melero M. (1989). “*Estudios sobre las depresiones*”. Ed. Salamanca. España.
- ❖ Lindgren (1979) “*Introducción a la psicología*” 2da. Reimpresión, Ed. Trillas, México
- ❖ Llerenas C..(2006). “Ligas y ejercicios de tensión” Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No.31 Pág. 90 – 93
- ❖ López A. (2007) “Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión”. Rev. *Med. IMSS*, no. 1 Pág. 29 – 36
- ❖ Lohr (2008) <http://www.endo-society.org/rec> Extraído el 4 de septiembre de 2008
- ❖ Lòpez G.(2008). “Las lesiones deportivas” Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No.53 Pág. 90 – 93
- ❖ López K. (2007), “*Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos*”, Archivos en Medicina familiar, no. 9 Pág. 80 – 86.
- ❖ López R. Y Sánchez H. (2001) Tesis: “*Embarazo, adolescencia y autoconcepto*”, Tesis de Licenciatura. México. UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
- ❖ Mancilla J. Y Gómez G. (2006) “*Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*” Ed. Manual Moderno. México
- ❖ Martínez M.(2004). “Combate el sobrepeso y la Obesidad” Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No.1.Pág. 49 - 55
- ❖ Maya J.(2004). “La depresión una enfermedad del estado de ánimo”. Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No. 5. Pág.43 – 49.
- ❖ Mejía D. (2007). “Pie diabético”. Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 41. Pág. 33 – 36
- ❖ Memije O. (2005), “Que es el spinning” Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No.34 .Pág.90 – 93
- ❖ Me´zerville (2004) “*Ejes de la salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*”. Ed. Trillas, México
- ❖ Molinar H. (2008)<http://www.edomexico.gob.mx/tvmex/tvmex.html>. extraído el 8 de agosto de 2008
- ❖ Morales J (1990) “*Psicología Social*” 2da. Edición, Ed. McGraw Hill México
- ❖ Muller (1976) “*Historia de la psicología*”. Fondo de Cultura Económica, México.
- ❖ Nardone G., Verbitz T., Milanese R. (2002) “*Las prisiones de la comida Vomiting, Anorexia, Bulimia, la terapia breve*” Ed. Herder Barcelona
- ❖ Nishimura M.(2005). “El niño con diabetes”. Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 11. Pág. 18 – 22
- ❖ Norma Oficial Mexicana NOM- 174-SSA-1998, para el manejo integral de la obesidad

- ❖ Novoa (2006). "Bypass gástrico. Una opción quirúrgica contra la obesidad extrema" *Rev. Medicina Preventiva A Tu Salud*. No. 32. Pág. 39 -43
- ❖ Ovalle J. (2004), "El papel de la educación en el tratamiento de la obesidad" *Rev. de Endocrinología y nutrición* no. 4, Pág. 117 - 119
- ❖ Palmero, Fernández, Martínez, Choliz (2002) "*Psicología de la motivación y emoción*" Ed. Mc-Graw Hill. México
- ❖ Pardini M.(2008). "Ejercicio físico, beneficios de la actividad" *Rev. Medicina Preventiva A Tu Salud*. No.55.Pág. 90 – 92
- ❖ Programas Integrados. Guía Técnica. IMSS (2002)
- ❖ Proyecto de Servicios de Enlace entre Prestaciones Médicas y Prestaciones Sociales en el Proceso de Mejora de la Medicina Familiar y los Programas Integrados de Salud (2002).
- ❖ Rausch C. Y Bay L. 82000) "*Anorexia nerviosa y Bulimia, amenazas a la autonomía*" Ed. Paidós. Barcelona.
- ❖ Reyes (2008)<http://www.tvazteca.com/nota/barra de opinion/obesidad>. Extraído el 15 de julio 2008
- ❖ Ríos (2002) Tesis "*La obesidad en niños de 10 a 15 años, relación entre baja autoestima, obesidad, ansiedad y depresión*" Tesis de Licenciatura. México. UNAM Facultad de Psicología
- ❖ Roa (2006). "Obesidad e índice glucémico", *Rev. Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 23. Pág.46 – 50
- ❖ Roffé M. (2000 julio) "El componente psicológico en la práctica de los deportes y actividades físicas", extraído el 6 de Marzo 2009 de Revista digital www.wfdeportes.com.
- ❖ Ruvinsky (2008) [http:// www.edomexico.gob.mx/tvmex/tvmex.html](http://www.edomexico.gob.mx/tvmex/tvmex.html). extraído el 8 de agosto de 2008
- ❖ Saavedra D. (2001), "Paciente diabético ¿Conoce y acepta su padecimiento?" *Rev. Med. IMSS*, no.9 Pág. 5 – 7 g
- ❖ Samano R. (2005) "Conocimientos de nutrición, hábitos alimentarios y riesgo de Anorexia en una muestra de adolescentes en la ciudad de México". *Revista Salud Pública y Nutrición* No. 2
- ❖ Secretaría de Salubridad y Asistencia (2002) "*Manual de contenido para el curso de sexualidad y salud reproductiva de los y las adolescentes*", México
- ❖ Serralde D. (2008). El Niño Gordo no es Sano.,*Rev. Medicina Preventiva A Tu Salud*. No. 50, , Pág. 18-24
- ❖ Shaffer D., Waslick B. (2003) "*Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*". Ed. Ars médica. México
- ❖ Silva H. (2009) <http://www.tvazteca.com/nota/barra de opinion/obesidad>. Extraído el 15 de julio 2008
- ❖ Smith, Mackie (1997) "*Psicología Social*" Ed. Panamericana, México
- ❖ Soly B. (1994). "*Strés. Grandes especialistas responden*". Ed .Mensajero. México

- ❖ Stice E. (2005). "Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: A prospectiv study". Oregon research Institute, Journal of consulting and clinical Psychology. Vol. 73 no. 2, April 2005
- ❖ Tver F., Lee E (1999). "*Bienestar en el trabajo. Guía de salud para el ejecutivo*". Ed. Trillas. México.
- ❖ Valdespino G. (2004). "¿Qué es el cáncer?" Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 07. Pág. 47 – 53.
- ❖ Valdespino G. (2005). "El cáncer se puede prevenir". Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 12. Pág. 38 – 44.
- ❖ Valdez (2001) Tesis: "*Autoestima y autoconcepto en mujeres histerestomatizadas*". Tesis de Maestría. México. UNAM Facultad de Psicología
- ❖ Vander (1990) "*Manual de psicología social*" 3ra. Edición, Ed. Paídos Barcelona
- ❖ Valdivia (2005). "Comida y depresión". Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No.19. Pág. 58 – 63
- ❖ Vázquez V. (2004)"¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso?" Rev. de *Endocrinología y nutrición* no. 4 Pág. 136 – 142.
- ❖ Velasco C.(2004). "Hablemos de la Diabetes mellitus ". Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No 03. Pág. 42 – 50
- ❖ Velásquez P. (2006). (2004), "Aquaerobics, acondicionamiento acuatico" Rev. *Medicina Preventiva A Tu Salud*. No.27 .Pág. 88 – 92.
- ❖ Villegas (2003) Tesis "*Tratamiento para la obesidad: Ventajas y desventajas*" Tesis de Licenciatura. México. UNAM. Facultad de Psicología
- ❖ Weiss (2008)<http://www.apa.org/monitor/jan 04>. Extraído el 4 de septiembre de 2008

ANEXO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 37
TRABAJO SOCIAL

Fecha _____ edad _____ sexo _____
 Consultorio _____ peso _____ talla _____
 Escolaridad _____ ocupación: _____ Estado civil: _____
 IMC _____

Instrucciones:

A continuación se le presentaran una serie de afirmaciones en las cuales usted marcara la respuesta que más le satisfaga, señalando la letra **A** si está de acuerdo, la letra **D** si usted está en desacuerdo y la letra **N** si esta afirmación le es indiferente

Ejemplo:

Me gusta ir al cine

A **N** **D**

1.- Soy una persona con muchas cualidades

A **N** **D**

2.- Por lo general, si tengo algo que decir, lo digo

A **N** **D**

3.- Con frecuencia me avergüenzo de mi mismo (a)

A **N** **D**

4.-Casi siempre me siento seguro (a) de lo que pienso

A **N** **D**

5.- En realidad, no me gusto a mi mismo (a)

A **N** **D**

6.- Rara vez me siento culpable de cosas que he hecho

A **N** **D**

7.- Creo que la gente tiene buena opinión de mí

A **N** **D**

8.- Soy bastante feliz

A **N** **D**

-
- 9.- Me siento orgulloso de lo que he hecho
A N D
- 10.- Poca gente me hace caso
A N D
- 11.- Hay muchas cosas de mí que cambiaría si pudiera
A N D
- 12.- Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente
A N D
- 13.- Casi nunca estoy triste
A N D
- 14.- Es muy difícil ser uno mismo
A N D
- 15.- Es fácil que yo le caiga bien a la gente
A N D
- 16.- A veces desearía ser mas joven
A N D
- 17.- Por lo general, la gente me hace caso cuando la aconsejo
A N D
- 18.- Siempre tiene que haber alguien que me diga qué hacer
A N D
- 19.- Con frecuencia desearía ser otra persona
A N D
- 20.- Me siento bastante seguro (a) de mi mismo (a)
A N D